

# **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

## **Escola Superior de Educação**

### **Curso de Mestrado em Desenvolvimento Comunitário e Empreendedorismo**

#### **Projeto de Intervenção**

#### **Sobrecarga nos cuidadores informais de idosos dependentes**

#### **Um estudo no concelho de Serpa para a criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador**

Cláudia Sofia Dimas de Sousa, nº 14488

**Beja**

**2019**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**Escola Superior de Educação**

**Curso de Mestrado em Desenvolvimento Comunitário e  
Empreendedorismo**

**Projeto de Intervenção**

**Sobrecarga nos cuidadores informais de idosos**

**Um estudo no concelho de Serpa para a criação de um Gabinete de Apoio  
ao Cuidador**

**Elaborado por:**

Cláudia Sofia Dimas de Sousa, nº 14488

**Orientado por:**

Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes

**Beja**

**2019**

## Resumo

A população portuguesa está a envelhecer. Afigura-se esta realidade claramente ao observar os indicadores sociais, culturais e económicos. Desta forma torna-se essencial agir, é preciso prevenir situações de isolamento, de abandono e até mesmo de violência, é essencial ter uma visão integradora dos problemas que o envelhecimento trás consigo. Vive-se mais tempo com saúde e os avanços científicos tendem a reduzir o grau médio de dependência e de incapacidade, o que supõe um futuro mais positivo, tal como afirma Rodrigues (2014). Neste sentido é de extrema importância a existência de cuidadores informais devidamente qualificados, por forma a saberem intervir e para poderem criar estratégias/ferramentas que lhes permita evitar a sua sobrecarga que pode ocorrer aquando há existência de exaustão física e mental. Exaustão esta que atinge uma parte significativa de cuidadores informais em Portugal.

O presente estudo pretende refletir sobre o envelhecimento, a importância dos cuidadores informais, na nossa sociedade e a criação de suportes de apoio, criados por parte de empreendedores sociais, como pode ser o caso dos Gabinetes de Apoio ao Cuidador Informal.

Para este estudo foi tida em consideração uma amostra por conveniência correspondente a dez cuidadores informais, residentes no concelho de Serpa. Dos participantes, com idades compreendidas entre os 26 e os 85 anos, verificou-se que a maioria dos cuidadores informais são do sexo feminino e que apresentam baixo grau de escolaridade e que a grande maioria está em situação de desemprego.

Como instrumentos de avaliação, aplicaram-se o inquérito e as escalas de Katz e Zarit.

Pretendeu-se caracterizar os cuidadores informais no concelho de Serpa tentando compreender de que forma a existência de um Gabinete de Apoio ao Cuidador poderia contribuir de alguma forma para a melhoria das suas vidas enquanto cuidadores.

**Palavras- chave:** Envelhecimento, sobrecarga, cuidadores informais, empreendedorismo social, Gabinete de Apoio ao Cuidador

## **Abstract**

The Portuguese population is aging. This reality appears clearly when looking at social, cultural and economic indicators. Thus, it is essential to act, to prevent situations of isolation, abandonment and even violence, it is essential to have an integrative view of the problems that occurred quickly. We live longer with health and scientific advances that can reduce the average degree of dependence and disability, or assume a more positive future, as stated by Rodrigues (2014). In this sense, the existence of permitted maintenance information is extremely important, in order to know how to intervene and to be able to create tools that allow you to avoid the overload that can occur after physical and mental exhaustion. Exhaustion affects a large part of the information provided in Portugal.

The present study intends to reflect on aging, the importance of information managers, our society and the creation of support media created by social entrepreneurs, as may be the case with Informal Caregiver Support Offices.

For this study, it was considered an example of convenience corresponding to ten information caregivers residing in the municipality of Serpa. Of the participants, aged between 26 and 85 years, it was found that the majority of informal caregivers are female and have a low level of education and most of them are unemployed.

As evaluation, applied or research instruments and as Katz and Zarit scales.

It is intended to characterize information service providers who do not provide customer support services who try to understand how a customer support cabinet can contribute in some way to improving their lives as carers.

**Keyword:** Caregivers Support Office, Development, overload, information caregivers, social entrepreneurship

A expansão do envelhecer não é um problema.  
É sim uma das maiores Conquistas da humanidade.  
O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas  
para envelhecer são, autónomo,  
ativo e plenamente integrado.”

**Kofi Annan (2002)**

## **Dedicatória**

Aos meus pais  
pelo apoio incondicional e  
à minha estrelinha Avó Maria,  
que será sempre a minha inspiração.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente à Professora Doutora Ana Fernandes pela sua orientação, disponibilidade, ajuda e por todas as sugestões dadas ao longo de todo o processo de construção do presente Projeto de Intervenção.

Agradeço aos Idosos, e aos seus cuidadores informais, pela partilha e pela disponibilidade para participar na investigação. E a todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para a realização da investigação.

A todos os meus Amigos, especialmente à Rita Figueira. Obrigada por teres embarcado comigo nesta aventura de aprendizagem, pela força e pelo apoio que me deste ao longo desta minha trajetória. Somos um exemplo de amizade verdadeira e sei que o seremos para sempre.

**Muito obrigado!**

## Índice

Resumo .....	3
Abstract .....	4
Índice de figuras .....	11
Índice de gráficos.....	12
Índice tabelas.....	14
Índice de apêndices .....	15
Índice de abreviaturas e siglas .....	16
Introdução .....	17
Parte I: Enquadramento teórico.....	19
1. Envelhecimento demográfico em Portugal.....	19
1.2. O envelhecimento individual .....	24
1.3. Estratégias e medidas de políticas sociais para idosos .....	32
1.4. Apoios sociais a idosos .....	36
2. Cuidadores Informais .....	39
2.1. As motivações para assumir o papel de cuidador informal .....	43
2.2. Necessidades dos cuidadores informais .....	44
2.3. Tipologia de cuidados informais e o conceito de dependência .....	45
2.4. Impactos positivos e negativos na prestação de cuidados no cuidador informal.....	47
2.5. A sobrecarga no cuidador informal .....	49
2.6. Estatuto de Apoio ao cuidador informal.....	51
3. O empreendedorismo e as suas diversas perspetivas.....	54
3.1. O empreendedorismo Social .....	56
3.2. Perfil e competência do empreendedor Social em Portugal.....	60
3.3. Dinâmicas empreendedoras dos Assistentes Sociais Portugueses....	62



3.4. O Gabinete de apoio ao cuidador como medida de empreendedorismo social	62
Parte II: Estudo empírico	64
4. Objetivos e Metodologia da Investigação	64
4.1. Objetivo geral	64
4.1.1. Objetivos específicos	64
4.2. Metodologia	65
4.2.1. Problemática	66
4.3. Caracterização do meio	71
4.4. Amostra	76
4.5. Caracterização sociodemográfica da amostra	77
5. Instrumentos de recolha de dados	79
5.1. Perfil social do cuidador informal	79
5.2. Perfil do cuidador informal e escala de Zarit	80
5.3. Trajetória enquanto cuidador informal	80
5.4. Visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador	81
5.5. Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e/ou profissional	81
5.6. Perfil do idoso dependente e aplicação do índice de Katz	81
6. Procedimentos	82
7. Apresentação e análise de resultados	84
7.1. Perfil social do cuidador informal	84
7.2. Perfil do cuidador informal e escala de Zarit	87
7.3. Trajetória do cuidador informal	91
7.4. Visão relativa à criação do Gabinete de Apoio ao cuidador informal	92
7.5. O ato de cuidar e a vida diária/ profissional	93
7.6. Perfil do idoso dependente e índice de Katz	93
8. Discussão dos resultados	95

Parte III: Proposta de projeto de Intervenção .....	97
9. Proposta de um projeto de intervenção.....	97
9.1. Caraterização do projeto .....	98
9.2. Designação do projeto .....	98
9.3. Objetivos .....	98
9.4. Coordenação do projeto e Equipa técnica .....	100
9.5. Público-alvo.....	100
9.6. Planificação da intervenção .....	100
9.7. Breve desenvolvimento das atividades propostas .....	101
Conclusão .....	103
Bibliografia.....	104
Apêndices.....	113

## **Índice de figuras**

<b>Figura 1:</b> Possíveis impactos que afetam o cuidador informal .....	48
<b>Figura 2:</b> impactos positivos e negativos do ato de cuidar .....	50
<b>Figura 3:</b> Os 7 C's do Empreendedorismo .....	55
<b>Figura 4:</b> Concelho de Serpa e as suas freguesias .....	71

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).....	22
<b>Gráfico 2:</b> Índice de envelhecimento, NUTS II, 1991-2080 (estimativas e projeções cenário central).....	23
<b>Gráfico 3:</b> Género.....	84
<b>Gráfico 4:</b> Idade dos cuidadores informais.....	84
<b>Gráfico 5:</b> Estado Civil.....	85
<b>Gráfico 6:</b> Habilitações Literárias.....	85
<b>Gráfico 7:</b> Situação Laboral.....	86
<b>Gráfico 8:</b> Agregado familiar.....	86
<b>Gráfico 9:</b> Coabitação com a pessoa de quem cuida.....	86
<b>Gráfico 10:</b> Grau de parentesco com a pessoa idosa .....	87
<b>Gráfico 11:</b> Cuidados prestados aos idosos dependentes .....	87
<b>Gráfico 12:</b> Partilha da responsabilidade da prestação de cuidados.....	88
<b>Gráfico 13:</b> Perceção quanto ao risco existente no ato de cuidar .....	89
<b>Gráfico 14:</b> Tempo (em horas) de prestação de cuidados .....	89
<b>Gráfico 15:</b> Tempo (em anos) de prestação de cuidados .....	89
<b>Gráfico 16:</b> Sentimento de sobrecarga.....	89
<b>Gráfico 17:</b> Sensação de stress causada pelo ato de cuidar .....	90
<b>Gráfico 18:</b> Dificuldade na prestação de cuidados .....	90
<b>Gráfico 19:</b> Prestação de cuidados anteriormente .....	91
<b>Gráfico 20:</b> Nível de sobrecarga (Escala de Zarit) .....	91
<b>Gráfico 21:</b> Preparação para assumir o papel de cuidador informal .....	92
<b>Gráfico 22:</b> Possibilidade de institucionalização do idoso .....	93

<b>Gráfico 23:</b> Idade do idoso .....	93
<b>Gráfico 24:</b> Gênero do idoso .....	93
<b>Gráfico 25:</b> Índice de Katz.....	94

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1:</b> Censos Sénior 2017 realizado pela GNR .....	24
<b>Tabela 2:</b> Medidas de política dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social.....	33
<b>Tabela 3:</b> Estratégias de políticas sociais e programas sociais para a população idosa .....	35
<b>Tabela 4:</b> Respostas sociais a idosos em Portugal .....	37
<b>Tabela 5:</b> Medidas de apoio ao cuidador .....	52
<b>Tabela 6:</b> As características dos empreendedores .....	60
<b>Tabela 7:</b> Modelo de análise.....	68
<b>Tabela 8:</b> Respostas Sociais para Idosos no Concelho de Serpa .....	74
<b>Tabela 9:</b> Eixo 3 do Plano de Desenvolvimento social 2016-2020 .....	76
<b>Tabela 10:</b> Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais .....	78
<b>Tabela 11:</b> Plano de ação .....	83

## **Índice de apêndices**

<b>Apêndice I:</b> Inquérito .....	114
<b>Apêndice II:</b> Síntese perfil social do cuidador informal.....	121
<b>Apêndice III:</b> Síntese do Perfil do cuidador informal .....	123
<b>Apêndice IV:</b> Síntese da trajetória do cuidador informal .....	128
<b>Apêndice V:</b> Síntese da visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador .....	130
<b>Apêndice VI:</b> Síntese da relação entre o ato de cuidar e a vida diária e / profissional .....	132
<b>Apêndice VII:</b> Síntese do perfil do idoso dependente .....	133
<b>Apêndice VIII:</b> Resumo índice de Katz.....	135
<b>Apêndice IX:</b> Resumo escala de Zarit.....	136

## **Índice de abreviaturas e siglas**

**AIVD:** Atividades instrumentais da vida diária

**AVD:** Atividades da vida diária

**ICN:** International classification for nursing practice

**OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**ONU:** Organização das Nações Unidas

**GAC:** Gabinete de Apoio ao Cuidador



## Introdução

Envelhecer é um processo contínuo, individual, universal e irreversível. É um fenómeno à escala mundial, sendo a consequência de uma maior durabilidade humana, à qual estão associados índices acrescidos, em função do aumento da morbilidade e de uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa (Henriques e Ávila, 2017). Pode ser encarado, de modo distinto por cada indivíduo e pela sociedade, podendo apresentar por isso aspetos considerados positivos e ou negativos. O envelhecimento é um processo complexo, embora normal que pode levar ao aumento da vulnerabilidade e da fragilidade. Para o envelhecimento contribuem por isso diversos fatores, tais como os biológicos, sociais, económicos e culturais que influenciam no sistema de relações do indivíduo com a sociedade e o meio ambiente.

À medida que a população idosa continua a crescer, aumentará consequentemente a procura de respostas sociais. Posto isto os idosos constituem um grupo importante em vários setores nomeadamente no que toca ao empreendedorismo, pois existe carência de serviços que possam satisfazer as suas necessidades, assim como as dos seus cuidadores uma vez que são bastante subestimados. A sociedade atual contacta diretamente com a problemática do envelhecimento demográfico em consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade. Os progressos na Medicina e a melhoria das condições socioeconómicas vieram contribuir para o aumento da longevidade da população, mas como consequência existe um maior número de doenças crónicas que contribuem para um aumento de casos de idosos dependentes a necessitar de cuidados permanentes. O cuidador informal surgiu como alternativa de assistência ao idoso. Lage (2005) citado por Ricante (2009, p.45) refere que “... o cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem”.

O projeto de intervenção teve como fio condutor a questão de partida: “De que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa?”. Encontra-se assim

estruturado em três partes distintas. A primeira corresponde ao enquadramento teórico onde estão clarificados conceitos – chave, ao nível do envelhecimento, dos cuidadores informais e do empreendedorismo. Na segunda parte surge o estudo empírico e para finalizar, apresenta-se uma proposta de Projeto de Intervenção que diz respeito à Criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal – Serp@Cuid@.

É fundamental dar uma resposta cabal aos desafios que o envelhecimento pode trazer, neste sentido é essencial a existência de técnicos preparados para intervir como é o caso dos Especialistas em Desenvolvimento Comunitário e Empreendedorismo, que tem a capacidade de criar estruturas/ respostas capazes de apoiar significativamente a sociedade por forma a proporcionar a melhoria da qualidade de vida e a capacitação daqueles que querem ser cuidadores informais, por vocação ou imposição da vida. É fundamental existir uma resposta às necessidades dos cuidadores informais para que estes não entrem em sobrecarga e para que saibam como agir nas mais diversas situações do quotidiano, sendo igualmente importante poder assegurar o seu descanso.

## **Parte I: Enquadramento teórico**

O enquadramento teórico consiste na recolha de informação através da pesquisa e análise bibliográfica, sobre a temática/ problemática identificada.

### **1. Envelhecimento demográfico em Portugal**

Segundo Moniz (2003), o fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve. Por todo o mundo, é notório um aumento da população idosa e um declínio da população mais jovem. É cada vez mais um problema social e económico visto afetar todas as gerações. O fenómeno do envelhecimento demográfico, não passa despercebido na sociedade. Os idosos estão a tornar-se uma população em crescimento acentuado tanto em Portugal como na Europa. O envelhecimento da população portuguesa começou em “grosso modo” há cerca de 60 anos. Durante o período compreendido entre 1950 e 2001, a proporção de jovens com menos de 15 anos desceu 45,7%, enquanto a proporção de seniores maiores de 65 anos aumentou 134,8% (Bandeira et al, 2012). Pode – se dizer que esta foi a era de envelhecimento em Portugal.

Quer nas sociedades desenvolvidas, como em desenvolvimento, o envelhecimento da população é um fenómeno cada vez mais presente, onde segundo os Censos realizados em 2011 entre 2001 e 2011, verificou-se em Portugal uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%. O índice de envelhecimento da população, nesse mesmo período de tempo, era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001). Já dois mais tarde, em 2013, o índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens, verificando – se assim um aumento do número de idosos e a diminuição do número de jovens. Pode – se verificar então que o ciclo do envelhecimento da população de Portugal, que continua atualmente em plena expansão, estava lançado desde os primeiros anos da

década de 1950 (Bandeira et al. 2012) . Desta forma, este grupo adquire mais espaço, densidade, organização e uma força que pode ser considerada classificada da seguinte forma:

- força social, devido ao número de idosos, força cultural, pelos seus conhecimentos e experiência;
- força económica, pelo seus gastos e consumos;
- força política, pelo seu peso nas votações;
- força de intervenção, pela sua disponibilidade;
- força ética, pelo seus (des)compromissos com determinados grupos étnicos.

As razões apontadas para o aumento do envelhecimento demográfico são a redução da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração. O envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema social e económico visto afetar todas as gerações. Com o envelhecimento da população existe um consequente aumento da dependência de idosos. Como consequência do envelhecimento, temos: o impacto no desenho das políticas sociais; riscos de insustentabilidade de sistemas financeiros; maior taxa de abandono pelas famílias; baixa produtividade; fraca inovação tecnológica; e diminuição do espírito empreendedor (Pinheiro, 2012). O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento progressivo dos indivíduos com idades avançadas relativamente ao grupo total de idosos. Neste âmbito, o envelhecimento está associado ao declínio da fertilidade, à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade, e à consequente modificação da estrutura da população jovem, adulta e idosa. Em outra perspetiva terá sido a partir da segunda metade do século XX que segundo Nazareth (1996) surgiu o envelhecimento demográfico nas sociedades desenvolvidas.

Se o envelhecimento biológico é irreversível nos seres humanos, também o envelhecimento demográfico o é, num mundo em que a esperança de vida continua a aumentar e a taxa de natalidade permanece em decréscimo.

O envelhecimento está associado à ancianidade e refere-se ao modo como envelhecemos é um processo complexo, dinâmico, que ocorre ao longo da vida,

desde a concepção até à morte. Este fenómeno pode ser explicado a partir dos pontos de vista:

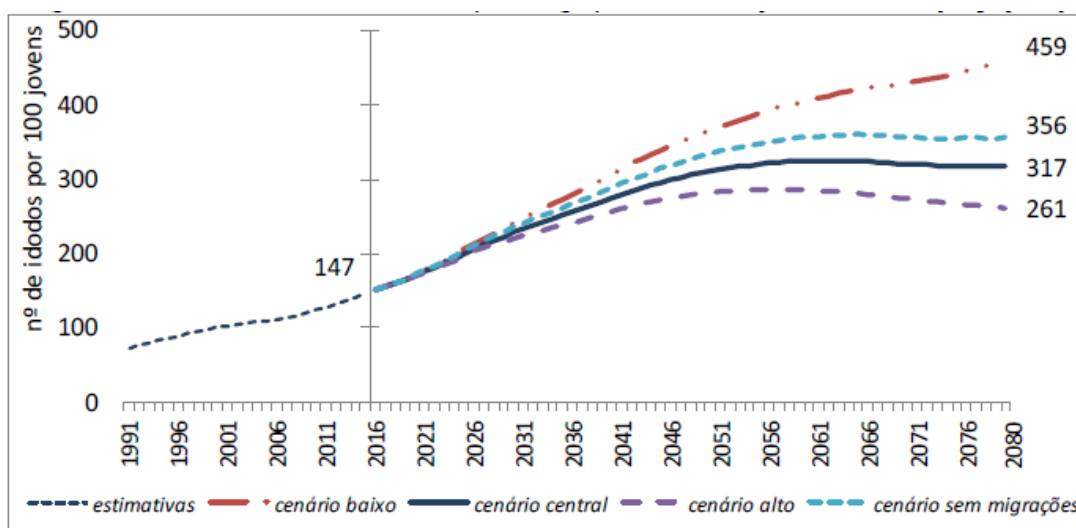
- Demográfico;
- Da idade cronológica (ageing);
- Da idade fisiológica e biológica;
- Da idade psicológica e da idade cultural e social.

*“Podemos dizer que o desafio que o envelhecimento demográfico atual representa para as sociedades poderá globalmente ser analisado segundo as seguintes dimensões:*

- *Relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão-de-obra;*
- *Pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade ativa;*
- *Necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas;*
- *Diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos;*
- *Inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento.”* (Cf. Martins, 2002).

Em Portugal, Cerca de 20% da população portuguesa é idosa, sendo de esperar que no ano de 2080 este valor suba para 40% (National Geographic, 2018). Outro estudo aponta para que quase metade da população portuguesa terá mais de 65 anos dentro dos próximos 60 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017b).

**Gráfico 1:** Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)



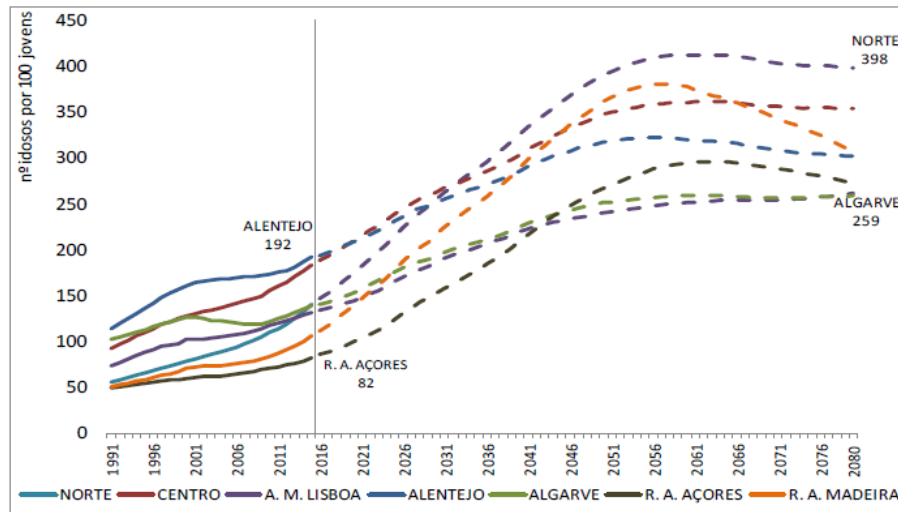
**Fonte:** [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt), Projeções de População Residente em Portugal Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos (2017, p. 6)

Relativamente ao Gráfico 1, que corresponde ao Índice de Envelhecimento em Portugal entre 1991 e 2080, estima-se que em Portugal este índice poderá mais que duplicar no período de tempo mencionado, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. O processo de envelhecimento tenderá a apresentar estabilização quando começarem a entrar na faixa etária de 65 e mais anos as gerações que tenham nascido num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, verificando-se no cenário central em 2060 esta estabilização referida. Já no que toca ao cenário alto este poderá ocorrer na década de 50 e o cenário das migrações a meio da década de 70. É possível contatar ainda que no cenário mais baixo o índice de envelhecimento poderá ser de 459 idosos por cada 100 jovens ou poderá ser de 261 idosos por cada 100 jovens no mesmo cenário alto, apresentando assim um aumento menos acentuado. Segundo o INE- Instituto Nacional de Estatística (2017, p.6):

*“A conjugação de saldos migratórios positivos e de níveis de fecundidade mais elevados, ainda que associados a uma esperança média de vida mais elevada, tal como preconizado no cenário alto, não sendo suficientes para travar*

*o ritmo de envelhecimento demográfico, contribuem porém para a sua atenuação.” (Cf. INE, 2017, p.6)*

**Gráfico 2:** Índice de envelhecimento, NUTS II, 1991-2080 (estimativas e projeções cenário central)



**Fonte:** [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt), Projeções de População Residente em Portugal Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos (2017, p. 7)

Tendo em conta o Gráfico II é possível constatar que no cenário central o Índice de Envelhecimento na Região Autónoma dos Açores em 2015 era de 82 idosos por cada 100 jovens já para 2080 as previsões apontam para que mais que triplique, isto é, seja de 272 idosos por cada 100 jovens. Valores estes que levam a crer que apensar do envelhecimento demográfico se verificar em todas as regiões, as mais afetadas serão as que atualmente são as menos envelhecidas, isto é as Regiões autónomas. Em 2015 na Região autónoma da Madeira o Índice de envelhecimento situava-se nos 105 idosos por cada 100 jovens prevendo-se um aumento deste valor para o ano de 2080 de 307 idosos por cada 100 jovens. O Alentejo foi em 2015 a região mais envelhecida no entanto as previsões apontam para que no ano de 2080 seja a região Norte a mais envelhecida. Em contrapartida no ano de 2015 a Região Autónoma dos Açores foi a menos envelhecida já em 2080 será a Região do Algarve.

**Tabela 1:** Censos Sénior 2017 realizado pela GNR

Distritos	Total		Sozinhos		Isolados		Sozinhos e Isolados		Outras Situações	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Aveiro</b>	379	941	236	693	27	42	34	64	82	142
<b>Beja</b>	1 430	2 416	522	1 572	427	350	159	182	322	312
<b>Braga</b>	1 121	2 303	565	1 486	89	165	70	156	397	496
<b>Bragança</b>	948	2 284	667	1 917	10	20	9	17	262	330
<b>Castelo Branco</b>	823	1 587	407	1 257	187	81	90	147	139	102
<b>Coimbra</b>	484	1 037	350	809	71	82	35	115	28	31
<b>Évora</b>	1 136	1 857	463	1 212	451	383	150	230	72	32
<b>Faro</b>	1 370	1 664	250	499	504	484	167	295	449	386
<b>Guarda</b>	1 032	2 900	711	2 486	225	227	92	174	4	13
<b>Leiria</b>	405	1 002	277	753	22	61	38	124	68	64
<b>Lisboa</b>	313	809	145	558	17	30	9	38	142	183
<b>Portalegre</b>	1 004	2 168	615	1 902	224	77	76	95	89	94
<b>Porto</b>	397	790	188	561	29	15	20	13	160	201
<b>Santarém</b>	651	1 545	406	1 236	153	118	58	157	34	34
<b>Setúbal</b>	862	879	168	391	148	81	63	94	483	313
<b>Viana de Castelo</b>	357	865	121	471	30	32	25	138	181	224
<b>Vila Real</b>	1 390	2 437	421	1 288	52	50	94	169	823	930
<b>Viseu</b>	1 242	2 688	624	2 052	74	86	38	86	506	464
<b>Total</b>	15 344	30 172	7 136	21 143	2 740	2 384	1 227	2 294	4241	4351

Fonte: Elaborado pela investigadora, recorrendo a: <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>

No que diz respeito à tabela 1, que apresenta os resultados da Operação Censos Sénior 2017, é possível constatar que dos 45 516 idosos sinalizados, 28 279 vivem sozinhos, 5 124 vivem isolados, 3 521 vivem sozinhos e isolados e 8 592 não se enquadram nas situações anteriores, mas em situação de vulnerabilidade devido às suas limitações físicas.

## 1.2. O envelhecimento individual

O envelhecimento é um fenómeno sentido de forma diferente pelos indivíduos, tal como refere Giddens (2008, p.167) “ Verificam-se enormes disparidades entre os idosos no que diz respeito aos recursos materiais e ao acesso a apoio emocional e cuidados de saúde”. Diferenças estas que podem influenciar a autonomia e o bem estar-geral. Por outro lado é importante salientar que também a classe social, o género e a raça são importantes fatores no que toca ao envelhecimento. Por outro lado, Garcia (1994, p.8) citado por Serafim



(2007, p.11) refere que “a forma como envelhecemos varia de acordo com eventuais processos hereditários, diferenças individuais e, claro está, o seu meio social, físico e mental em que essa pessoa está envolvida”. Para Vieira (1996) citado por (Castilho, 2010), o envelhecimento trata – se de um acontecimento natural e é comum a todos os indivíduos. Não é um acidente de percurso e sobrevêm de um determinado programa de crescimento e maturação em várias dimensões.

O processo de envelhecimento era outrora aceite de forma global como uma manifestação inevitável da destruição operada pelo tempo, mas hoje em dia é visto como uma coisa cada vez menos estritamente «natural» (Giddens, 2008, p. 166), é um fenómeno universal, como ser vivo que é o Homem, nasce, cresce, reproduz-se e morre. Para este facto contribuíram os inúmeros avanços na medicina, na higiene e na nutrição que vieram promover uma maior longevidade, “em média as pessoas vivem até muito mais tarde do que acontecia a um século atrás”, tal como afirma Giddens (2008, p.166). Segundo (Tomás, 2012) envelhecer é um processo natural, já o modo de envelhecer, não o é. A forma como se envelhece é uma marca da sociedade de referência, da comunidade de pertença e da condição de vida que se tem. O homem envelhece de forma gradual, o envelhecimento acontece progressivamente na vida de uma pessoa sem que esta dê por isso.

No que toca aos efeitos físicos do envelhecimento o Giddesn (2008) refere que a velhice não pode ser identificada como uma doença ou incapacidade, apesar do avanço da idade trazer complicações ao nível da saúde. Os idosos podem sofrer consequências físicas oriundas de fatores como: da morte de familiares, a separação dos filhos, que vão viver para longe, a perda de emprego, entre outras. O envelhecimento do corpo ocorre também por influências sociais e genéticas. De acordo com Giddens (2008): “De uma maneira geral, os biólogos aceitam que o ser humano tem uma duração máxima de vida ditada geneticamente – julga-se que ande por volta dos 120 anos. Tal como o de todos os animais, o corpo humano, está geneticamente programado para morrer”. Por sua vez (Serafim, 2007, p.14) refere que:

*“Envelhecimento não é sinónimo de doença, mas dá origem a uma diminuição da capacidade de adaptação e resposta às várias solicitações*

*propostas ao idoso. Gera-se uma instabilidade que origina uma maior aptidão para adoecer, aumentando conseqüentemente a dependência destes indivíduos. Esta dependência origina com rapidez a privação das funções de aquisição, produção, manutenção e transmissão de conhecimentos e desencadeia uma necessidade mais acentuada de apoios institucionais. Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.” (Cf. Serafim, 2007)*

O envelhecimento é um processo que abre novas possibilidades, embora seja acompanhado por um conjunto de novos desafios, uma vez que ocorrem problemas, por vezes, difíceis de lidar como é o caso dos problemas físicos, emocionais e materiais. Uma das principais preocupações é manter a independência, liberdade de movimentos e a possibilidade de participar de forma plena na sociedade. À medida que uma pessoa vai envelhecendo, tornam-se visíveis alterações estruturais e funcionais no organismo e uma maior dependência e incapacidade por parte dos idosos. O envelhecimento é considerado como sendo um processo normal de senescência - processo natural que designa uma degenerescência patológica associada à velhice, mas com origem em disfunções orgânicas – ou por envelhecimento primário, quando ocorrem uma série de alterações inevitáveis no funcionamento do organismo relacionadas com a idade, como o aparecimento de rugas na pele, mudanças na coloração dos cabelos e menor resistência física. Este é caracterizado por um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, motivado essencialmente pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos.

Envelhecer, para Strehler (1990, p.19) citado por Serafim (2007, p.15), engloba quatro parâmetros, sendo eles o facto de o envelhecimento ser universal por suceder a todos os indivíduos, progressivo por ser uma ação ininterrupta, inerente ao organismo e degenerativo por haver perda de faculdades no indivíduo.

Tendo em consideração António (2011, p.5) citado por António.S, (2013, p.83), o envelhecimento pode ser analisado segundo duas perspetivas, sendo elas:

- 1) *“A perspectiva do conjunto da população, denominada de envelhecimento demográfico ou populacional;*
- 2) *A perspectiva do indivíduo, entendida como envelhecimento individual.”*

De modo geral a primeira perspectiva compreende as alterações da estrutura etária da sociedade traduzindo-se no acréscimo dos indivíduos com mais de 65 anos no total da população e a segunda perspectiva, a do indivíduo, abrange a mudança progressiva que o envelhecimento acarreta na estrutura biológica, psicológica e social.

Ao longo do século XX surgiram várias teorias explicativas relativas ao processo de envelhecimento, no entanto apesar da existência destas variadas teorias, que tentam explicar as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, nenhuma consegue englobar a sua totalidade. Comummente as teorias são agrupadas em duas grandes categorias, sendo elas a biológica e a psicossocial. Segundo Lopes e Benedetti (2001) citado por Simões & Sapeta (2009, p.12), dos autores que defendem as teorias biológicas destacam-se: Hayflick (1996); Jeckel Neto (1996); Mailoux-Poirier (1995); Papaleo Netto e Borgonovi (1996) e Salgado (1979), no entanto é mais frequente a teoria do Hayflick (1996), por abranger a quase totalidade das teorias apresentadas por outros autores. Ainda tendo em conta os autores Simões & Sapeta (2017, p.12), são várias as teorias que estão a ser combinadas em gerontologia a fim de se formular uma Teoria Unificada da Física, no entanto esta teoria em torno do conceito de velhice traz muitas dúvidas, uma vez que os avanços científicos e tecnológicos podem vir a colocar grandes questões e até desprezar algumas teorias no campo biológico. Ideia esta aceite por Filho, Netto e Garcia (2006) citado por Simões & Sapeta (2017, p.13) “muitas das teorias de envelhecimento poderia vir a ser apenas consideradas como fatores que podem influenciá-lo”

Tendo em conta António (2013, p.83) o envelhecimento individual é o processo que engloba as alterações biopsicossociais, que ocorrem desde a conceção até à morte do indivíduo. Desta forma, constata-se que o envelhecimento individual não é igual para todos, todos envelhecemos de forma diferente e claro está que também os fatores que têm influência no envelhecimento também variam. Ideia essa também apoiada por Simões & Sapeta (2017, p.11) que refere que o envelhecimento do ponto de vista biológico

tem sido apontado como uma etapa de degeneração do organismo que tem início após o período reprodutivo, processo este que se associa à passagem do tempo, sendo o critério mais frequentemente o da idade. Paúl (2005, p.12) citado por Simões & Sapeta (2017, p.11) refere que existem três tipos de idade, a idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos que tendem a perder a sua capacidade de adaptação e autorregulação, a idade psicológica que diz respeito às capacidades comportamentais do indivíduo, no que toca na adaptação ao meio e a idade social que corresponde aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade.

Envelhecer é um processo multidimensional, tal como refere Moniz (2003, p. 48) citado por Simões & Sapeta (2017, p.11), comportando mecanismos de reparação e destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes por cada indivíduo. Perspetivar o envelhecimento implica a compreensão dos processos e construções sociais que levaram às representações subentendidas na realização do mesmo. Nas sociedades tradicionais, a figura do idoso é assinalada por uma conotação simbólica que representa a sabedoria e a experiência vivida, a serem transmitidas às novas gerações. São diversas as teorias explicativas do envelhecimento, porém nenhuma é totalmente capaz de explicar a totalidade do fenómeno. Considera-se ainda que existe três principais categorias do envelhecimento, como sendo: o biológico, o psicológico e o social (Schroots & Birren, citado por Grelha 2009, p.25).

No que diz respeito ao envelhecimento biológico este está intrinsecamente ligado às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se por isso, numa diminuição progressiva das capacidades de manutenção do equilíbrio homeostático que em condições normais, não é suficiente para produzir distúrbios funcionais, posto isto, o declínio é bastante significativo, pois ocorre uma redução na reserva funcional que coloca o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crónicas que podem levar a alterações na capacidade funcional progredindo até à dependência. O envelhecimento primário está relacionado com a longevidade que se observa em quase todos os estudos de espécies de animais, já o

envelhecimento secundário corresponde á explicação da variabilidade entre os indivíduos de uma espécie, por outro lado, o envelhecimento terciário ou declínio terminal, caracteriza-se por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais, isto é, a ocorrência da deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associadas á idade, tal como refere Grelha (2009, p.26). Ainda tendo em conta a autora as alterações fisiológicas e anatómicas associadas ao processo de envelhecimento primário, tem o seu início antes dos sinais externos, sendo por volta dos quarenta anos que as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento, tais como, o aparecimento de cabelos brancos, a diminuição progressiva dos movimentos, alterações no equilíbrio, diminuição da velocidade de reação, alterações emocionais, cognitivas, mudanças no órgãos vitais, alterações no metabolismo basal, alterações estas que vão progredindo até á morte, até que o organismo deixe de conseguir adaptar-se.

Já o envelhecimento psicológico diz respeito às alterações fisiológicas no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos pois o envelhecimento é um processo dinâmico, tal como afirma Grelha (2009, p.27).

Na perspetiva do envelhecimento psicológico, é avaliado o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, por forma a minimizar as perdas associadas ao processo do envelhecimento. A qualidade de vida assume assim uma importância vital, na qual a satisfação e o bem-estar psicológico levam a um envelhecimento bem-sucedido. É importante perceber como cada um se vê e se sente inserido, uma vez que as suas características são fundamentais na interação com o meio em que se vive, por forma a alcançar a qualidade de vida que ambiciona.

Por último, no que toca ao envelhecimento social, Serafim (2007, p.17) refere que:

” É importante não esquecer a componente psicológica e social que também faz parte da orgânica de envelhecimento. O envelhecimento social aparece ligado à privação de determinados papéis sociais. O sujeito afasta-se ou na maioria das ocorrências é obrigado a afastar-se do seu posto de trabalho,

passando a sua posição a sofrer uma alteração significativa, de produtividade para não produtividade, originando cortes significativos nos valores até então experimentados". (Cf. Serafim, 2007, p.17)

Os idosos, nesta fase, são alvo de alterações a nível dos papéis a desempenhar no seu seio familiar, laboral e ocupacional, verifica-se uma tendência para diminuir com a idade ficando mais comprometida quando estes apresentam algum tipo de dependência. Tendo em conta Grelha (2009, p.28) todas as pessoas precisam de ajuda para a realização das suas necessidades, no entanto os idosos requerem uma atenção especial, uma vez que existe a necessidade de lhes proporcionar bem-estar.

Segundo Carvalho (2013, p.8), os modelos explicativos do envelhecimento, mais atuais, são:

- o envelhecimento saudável;
- o envelhecimento bem-sucedido;
- o envelhecimento produtivo;
- o envelhecimento ativo.

O modelo de envelhecimento saudável está associado á condição de saúde, tendo em conta a ótica biomédica que classifica o envelhecimento como sendo positivo (envelhecimento normal, sem doenças), negativo (envelhecimento patológico, com doenças) ou normal (sujeitos com capacidade de prevenção no que respeita ao envelhecimento patológico). Já o modelo de envelhecimento bem-sucedido surge em meados dos anos 80, como resultado das alterações demográficas e da necessidade de promover uma adaptação a uma nova etapa de vida. Enfatiza a interseção e correlação dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Para Rowe e Kahn (1997) citados por Moreira (2013, p.30), o envelhecimento bem--sucedido implica que as pessoas apresentem um baixo risco de doença e incapacidades e que pratiquem um estilo de vida saudável e uma vida social ativa. Na perspetiva destes autores, ao envelhecimento bem-sucedido fazem parte três componentes, a reduzida probabilidade de doença e incapacidade a el associada, a elevada capacidade cognitiva e capacidade funcional e por último o envolvimento ativo com a vida. Existem várias abordagens relativamente ao modelo de envelhecimento bem-

sucedido, destacando-se a de Baltes e Margaret (1990) tal como refere Carvalho (2013, p.9). O envelhecimento bem-sucedido representa então:

*“...um processo contínuo, onde os sujeitos, decorrente das expectativas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida a que podem aspirar, ainda que dentro das possibilidades que lhes são oferecidas e/ou estão disponíveis na sociedade”* (Barreto, 1988; Fonseca, 2006; Guimarães, 2010; Oliveira, 2005; Pinto, 2001; Sousa, Relvas e Mendes, 2007 citados por Carvalho, 2013, p.9).

Assim é possível afirmar que segundo o autor supra citado:

*“o envelhecimento resulta da capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento”* (Cf. Carvalho, 2013).

Em relação ao modelo de envelhecimento produtivo, este considera que na relação entre sociedade e idade as estratégias pessoais e sociais são afetadas pela repartição do tempo social (tempo de trabalho, tempo de lazer, tempo da família). Considera-se que o envelhecimento em relação com o mercado de trabalho, com sistema produtivo e com acesso à reforma Guillemard, (2010) citado por Carvalho, (2013, p.9), isto é, destacando-se a transição do trabalho ativo para a reforma.

Por último o modelo do envelhecimento ativo apela, para uma convergência das abordagens anteriores, numa perspetiva integrada que tem em conta o ambiente e em consideração um conjunto de determinantes alargados tais como (ONU, 2002):

- Pessoais (biológicos, genéticos e psicológicos);
- Comportamentais (saúde mental, participação social e escolha de estilos de vida saudáveis);
- Económicos (rendimento e trabalho digno e proteção social - reformas);
- Sociais (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e a direitos fundamentais);

- Ambiente físico (acessibilidades a serviços básicos – sem barreiras arquitetónicas, assim como alimentação adequada, bom ambiente, transportes e integração social).

A OMS (2015) define envelhecimento ativo como sendo o processo que otimiza as oportunidades para a saúde a participação social e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida á medida em que as pessoas envelhecem. Esta definição permitiu consciencializar as pessoas do seu potencial, bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e a participação na sociedade, ao mesmo tempo que lhes é providenciada proteção, segurança e cuidados adequados.

Ribeiro e Paúl (2011) citados por Moreira (2013, p.28) a nível individual o envelhecimento ativo deve ser incentivado por ações capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência relativamente ao poder e controlo que tem sobre a sua vida, a promoção de mecanismos adaptativos de aceitação e autonomia são assumidos como uma prioridade.

Para Marques (2011) citado por Moreira (2013, p.29) para que as pessoas possam encarar a possibilidade de trabalhar mais tempo é fundamental que não se tenham de confrontar com preconceitos discriminatórios, estejam preparadas para atualizar e valorizar as suas competências adquiridas ao longo dos anos, possam aceder a regimes de reforma flexíveis e não só gozarem de boa saúde física e mental, como também possam esperar e viver mais tempo nessas condições. O envelhecimento ativo pode ser entendido como sendo o conjunto de atitudes e ações que podemos ter, no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento.

### **1.3. Estratégias e medidas de políticas sociais para idosos**

As políticas sociais de velhice podem ser definidas como sendo “o conjunto das intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997, p.22 citado por António, 2013, p.86). São um conjunto de medidas e ações que se estruturam de forma implícita ou explícita com a finalidade de colmatar as necessidades da população idosa. As políticas sociais estão inseridas no



Estado- Providência que segundo Vaz (2008, p.64) citado por António (2013, p.86) estrutura-se como estabilizador político-social garantindo os direitos sociais aos indivíduos. As medidas de política social são por exemplo as transferências financeiras, como é o caso das pensões de velhice, de sobrevivência, de invalidez e de viuvez. Sendo consideradas como medidas implícitas por exemplo a isenção das taxas moderadoras e a redução de custos dos medicamentos.

No que diz respeito à Segurança Social as medidas de política social que são dirigidas À população idosa em situação de dependência são segundo António (2013, p.95) de três tipos, sendo eles:

- Prestações sociais;
- Propostas sociais, que se subdividem em serviços e equipamentos;
- Programas e medidas que podem ser transversais ou específicos tal como é possível observar na tabela 2 e 3.

**Tabela 2:** Medidas de política dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social

<b>Prestações Sociais</b>	<p><b>Pensão de Velhice</b> Prestação dirigida às pessoas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para a Segurança Social durante, pelo menos, 15 anos.</p> <p><b>Pensão Social de Velhice</b> É uma prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, a partir dos 65 anos de idade, para os que não tenham direito à pensão de velhice.</p> <p><b>Complemento Solidário para Idosos (CSI)</b> É um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos, com mais de 65 anos e com baixo recursos.</p>
<b>Respostas Sociais</b>	<p><b>Em Serviços:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de apoio domiciliário;</li> <li>- Apoio domiciliário Integrado;</li> <li>- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência.</li> </ul> <p><b>Em Equipamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lar de Idosos;</li> <li>- Residência;</li> <li>- Centro de Dia;</li> <li>- Centro de Convívio;</li> <li>- Centro de Noite;</li> <li>- Unidades de Apoio Integrado (UAI).</li> </ul>

<b>Programas e Medidas</b>	<p><b>Transversais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES);</li> <li>- Comparticipação direta às famílias;</li> <li>- Linha Nacional de Emergência Social (LNES);</li> <li>- Rede Social;</li> <li>- Programa para a inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE);</li> <li>- Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC);</li> <li>- Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais.</li> </ul> <p><b>Específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);</li> <li>- Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI);</li> <li>- Programa ReCriar o Futuro;</li> <li>- Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII).</li> </ul>
----------------------------	--

**Fonte:** Elaborado pela Investigadora, a partir de António (2013, p.95)

No que toca aos Serviços e Equipamentos Sociais dirigidos à população idosa no âmbito da Segurança Social existem em Portugal as seguintes respostas sociais:

- Serviço de Apoio Domiciliário
- Centro de Convívio
- Centro de Dia
- Centro de Noite
- Acolhimento Familiar para pessoas Idosas
- Estrutura Residencial para Idosos: Apartamentos/ Moradias
- Centro de Férias e Lazer
- Lar de idosos

Tendo em consideração Martin et al. (2007, p.131) citado por Antonio (2013, p.98) existem três blocos de estratégias políticas que norteiam os serviços e/ou programas públicos para a população idosa, blocos estes que se unem através das medidas de promoção ao cuidado dos idosos, medidas de promoção do envelhecimento ativo e medidas de promoção do envelhecimento ativo (tabela 2).

**Tabela 3:** Estratégias de políticas sociais e programas sociais para a população idosa

<b>Estratégias Globais</b>	<b>Medidas</b>	<b>Programas Sociais Específicos</b>
<b>A- Promoção ao cuidado dos idosos</b>	1. Serviços de informação	Carta Social
	2. Assessoria legal e defesa de direitos	Linha do Cidadão Idoso e Linha Nacional de Emergência Social
	3. Programas residenciais e/ou de tratamento	Lares e Residências para Idosos
	4. Programas de cuidados e idosos inovadores ou alternativos	Acolhimento familiar e Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAI)
	5. Centro de atenção diurna e noturna	Centro de Dia, Centro de Convívio, Centro de Noite
	6. Programas de adaptação ambiental	Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Plano Nacional de Saúde; Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas.
	7. Programas de cuidado domiciliário	Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)
	8. Programas de alívio para cuidadores	Existem na rede de cuidados continuados, embora sejam pouco utilizados por falta de vaga
	9. Intervenção em negligência e maus-tratos a idosos	Publicação de um Manual para a Prevenção da Violência institucional (2002) pelo MTSS
<b>B- Promoção de envelhecimento ativo</b>	1. Programas de saúde e bem-estar físico	Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; Plano Nacional de Saúde; Programas e Medidas no âmbito do envelhecimento ativo
	2. Programas de ingressos económicos (diretos e indiretos)	Diretos: Apoio da segurança Social (Pensão de Velhice; pensão Social de Velhice e Complemento Solidário para Idosos) Indireto: Cartão 65
	3. Programas educacionais (formais e não formais)	Programas de formação ao longo da vida, ministrados nas instituições de Ensino Superior e cursos ministrados pelas universidades seniores
<b>C- Promoção do envelhecimento produtivo</b>	1. Voluntariado sénior e programas intergeracionais	Não existe a nível nacional um projeto explicitamente estruturado para a promoção do voluntariado sénior ou de programas intergeracionais
	2. Programas de emprego sénior (setor terciário)	Em Portugal, não existe uma medida ativa de emprego dos trabalhadores mais velhos

Fonte: Elaborado pela investigadora, a partir de António (2013, p.98-99)

De acordo com António (2013, p.100):

*“Apesar de existirem varias medidas/ respostas sociais na velhice, consideramos que não existe uma Política de Envelhecimento em Portugal. Ao longo do tempo, como se verificou, assistiu-se à adoção de medidas de política dirigidas à população idosa, que podemos designar por “políticas de velhice”, que se materializam em estratégias, programas, medidas e equipamentos e serviços, de modo a colmatar as necessidades que decorrem da entrada na velhice.” (Cf. António (2013, p.100)*

O Serviço Social Português rege-se por políticas sociais, cujos interesses visam as necessidades coletivas, com o objetivo de garantir a justiça social e a equidade. Em Portugal o acesso às repostas sociais é acompanhado de um processo administrativo e burocrático, onde o Assistente Social age por vezes tardiamente pois existe falta de recursos humanos na área da saúde.

Em suma a Política Social do Envelhecimento deve ser capaz de potenciar as capacidades dos indivíduos e também aproveitar as valias de todas as pessoas qualquer que seja a sua idade. Todos nós temos que estar conscientes das transformações biopsicossociais e claro está das estratégias para as contornar por forma a potenciar um envelhecimento ativo. Relativamente aos determinantes comportamentais a Política do Envelhecimento deve ser capaz de promover comportamentos mais saudáveis (uma boa saúde oral, prática de exercício físico, alimentação saudável, assim como capacitar os indivíduos em torno de temáticas como o tabagismo e o consumo de álcool e a automedicação, por exemplo), no que toca aos determinantes sociais importa desenvolver medidas preventivas relativamente a situações diversas no quotidiano, assim como facilitar o aceso à educação ao longo da vida, por último no que se refere ao ambiente físico devem ser adotadas medidas que facilitem a mobilidade e o acesso a transportes. O envelhecimento deve por isso possuir um caracter holístico e transversal estando focado no idoso como cidadão.

#### **1.4. Apoios sociais a idosos**

Tendo em conta o sistema português, a Segurança Social é a única unidade estatal responsável por orientar as respostas sociais dirigidas à população idosa. Existem sete tipos de respostas de apoio social para pessoas idosas (tabela 4),

que segundo a Segurança Social (2016), tem por objetivo a promoção da autonomia, a integração social e a saúde.

**Tabela 4:** Respostas sociais a idosos em Portugal

Respostas sociais	Definição
<b>1. Serviço de Apoio Domiciliário</b>	Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.
<b>2. Centro de convívio</b>	Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.
<b>3. Centro de Dia</b>	Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.
<b>4. Centro de Noite</b>	Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.
<b>5. Acolhimento familiar</b>	Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.
<b>6. Estruturas residenciais</b>	Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.
<b>7. Centro de férias e lazer</b>	Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

**Fonte:** Elaborado pela investigadora, recorrendo a: <http://www.seg-social.pt/idosos>

Para o acesso aos apoios enumerados, está dependente a disponibilidade dos equipamentos na zona de residência, ou zona razoavelmente perto e claro está a capacidade das instituições em receber a pessoa idosa. Destaca-se que a pessoa idosa paga um valor pelo serviço prestado, que corresponde à comparticipação familiar que é calculada com base nos rendimentos da família.

Tendo como referencia o Guia Prático de Apoios Sociais - Pessoas Idosas da Segurança Social (2017, p.12), o rendimento per capita mensal do agregado familiar é calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{\frac{RAF}{12} - D}{n}$$

Sendo que:

RC = Rendimento per capita mensal

RAF = Rendimento do agregado familiar (anual ou anualizado)

D = Despesas mensais fixas

N = Número de elementos do agregado família

## 2. Cuidadores Informais

A literatura ligada ao tema dos cuidadores informais ou cuidadores familiares emerge por volta do final dos anos 70 do século XX (Arber & Ginn, 1990), sendo que os primeiros estudos focaram-se sobretudo em tentar responder a algumas questões consideradas fundamentais como sendo: Quem são? De quem cuidam? O que fazem? Porque o fazem? (Parker & Lawton (s/d) citados por Jegermalm, 2005, p.11). Mais recentemente terá surgido outra questão, sendo ela: de que apoios precisam os próprios cuidadores para continuarem a fazer o que fazem? Este novo enfoque resultante da visibilidade que o papel do cuidador informal adquiriu ao longo dos tempos como sendo um grupo com vários problemas, apesar de prestar um valiosíssimo contributo à comunidade este tende ainda em não ser politicamente reconhecido.

Carletti e Rejani (1999) citados por Ricarte (2009, p.45) referem que o ato de cuidar, pode ser formal ou informal, pelo que se designa de cuidador formal aquele que presta cuidados, aos indivíduos que necessitam, através de agências do sistema de saúde e cuidador informal aquele que presta cuidados à pessoa com dificuldades ou que apresenta impossibilidade de se auto- cuidar, sendo este por norma um familiar. Relativamente à definição de cuidador informal, Teixeira et al. (2017, p.8) refere que:

*“Os cuidadores informais são pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional, ou formal. O cuidador informal principal é, assim a pessoa, da rede social do próprio, não remunerada, com relação significativa (familiar, parceiro (a), amigo(a) e/ou vizinho(a)) que se assume como o principal responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados. É um ato voluntário, o qual deve ser incentivado”. (Alves & Teixeira, 2016 citado por Teixeira et al, 2017, p.8).*

Lage (2005) citado por Ricarte (2009, p.45) acrescenta ainda que “... o cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem”. Tal como refere O Garcia (2010) citado por Serra e Gemito (2013, p.137) cuidado informal é prestado

voluntariamente pelas pessoas da rede social do recetor dos cuidados sem ser mediado por uma organização ou ser remunerado. Dai que numa primeira fase, os cuidados aos idosos começam por ser informais. Os formais só são solicitados quando a família já não consegue dar resposta satisfazer as necessidades do idoso, o que exige um trabalho conjunto entre os cuidadores formais e informais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006 citados por Monteiro, 2016, p.24). No relatório de saúde da organização para a cooperação e desenvolvimento económico (OECD, 2017), os cuidadores familiares são referidos como sendo pessoas que prestam ajuda diária ou semanalmente a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social que vivem na sua casa ou não e que necessitam de ajuda para as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). De acrescentar ainda que, alguns autores afirmam existirem dois tipos de cuidadores, o cuidador principal, que tem a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio e os cuidadores secundários que correspondem aos familiares, vizinhos e voluntários que prestam cuidados complementares (Oliveira, 2009 citado por Serra e Gemito, 2013, p.138).

Pereira e Filgueiras (2009) citado por Serra e Gemito (2013, p.138) chamam à atenção para três categorias ligadas ao grau de compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados, sendo elas:

1. O cuidador primário ou principal: que detém a responsabilidade integral no fornecimento de ajudar á pessoa dependente, quer seja prestação direta, na supervisão ou na orientação;
2. O cuidador secundário: que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar;
3. O cuidador terciário: alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado ou em situações de emergência.

Tal como refere Collière (1989, p.235) cuidar é *“um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”*.



Cuidar é assim um ato humano imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie.

Ao longo dos anos a sociedade tem vindo a sofrer grandes alterações, sendo uma delas verificada na estrutura familiar, passou-se de família extensa, onde todos se dedicavam quase exclusivamente á agricultura e a mulher ocupava um papel de doméstica, para se transformar numa sociedade industrial, onde a família passou a ser monoparental e a agricultura deixou de ter a mesma importância. Por outro lado, observou-se um menor convívio entre as várias gerações na família (Lopes, 2007 citado por Faustino, 2017, p.13).

Pimentel e Albuquerque (2010, p.255) citado por Faustino (2017, p.14) mencionam que ao longo dos anos o papel da família sofreu alterações ao nível da prestação de cuidados ao idoso, porque passou a haver um reconhecimento da importância dos laços familiares para o bem-estar, estabilidade emocional dos indivíduos e com manifestação de vontade e direito das pessoas mais velhas a permanecerem integrados nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais, por outro lado passou a haver a responsabilização das famílias pelos cuidados aos seus elementos dependentes, devido á perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social e às insuficientes soluções de apoio face as necessidades e exigências crescentes. Mesmo com todas as alterações na sociedade no que diz respeito á prestação de cuidados a família continua a ser o principal agente:

*“Os parentes surgem como a principal fonte de auxílio, estando os descendentes diretos na primeira linha. Mas também os colaterais e os respetivos descendentes podem desempenhar um papel importante, nomeadamente no domínio expressivo”* (Pimentel e Albuquerque, 2010, p.256 citado por Faustino 2017, p.14).

Oliveira (2009) citado por Serra e Gemito (2013, p.138) refere que cada família tem as suas normas, construída ao longo dos anos, através de inter-relações e da intensidade da necessidade do cuidado, assim é frequente identificar em cada família o papel de cada membro. Ainda tendo em conta ao autor os amigos e vizinhos assumem a responsabilidade pelo cuidar apenas em condições pontuais, devido a inexistência de familiares ou alguém capaz de assumir o papel de cuidador.

*“O tradicional papel da família tem enfraquecido, membros de um mesmo casal, muitas vezes a viverem separados e pessoas a coabitar, não necessariamente casadas, em que os descendentes nem sempre são simultaneamente filhos do mesmo casal pelo que o entendimento sobre família não pode ser conseguido estudando apenas o estado civil, a nupcialidade e a descendência”* (Cf. com INE, 2003 citado por Serra & Gemito, 2013, p.136)

O cuidador informal surge da necessidade de se cuidar da pessoa/ familiar no domicílio. Tendo em conta Pérez, Abanto e Labarta (1996) citado por Serra e Gemito (2013, p.137):

*“... O cuidador informal é definido como a pessoa encarregada de cuidar das necessidades básicas e instrumentos da vida diária do indivíduo dependente durante a maior parte do dia, sem receber qualquer contribuição económica por isso. Distingue-se, portanto, do prestador de cuidados formais, que é o profissional que optou voluntariamente por receber preparação académica, sendo remunerado pelos cuidados que presta.”* (Cf. Pérez, Abanto e Labata, 1996 citado por Serra e Gemito, 2013, p.137).

Stone, Cafferata e Sangl (1987) citados por Muller (2014, p.20), numa das suas investigações, realizadas há certa de vinte e sete anos, sobre o perfil dos cuidadores informais de idosos referem que na maior parte dos casos, estes apresentam uma idade avançada e são sobretudo mulheres, sendo estas casadas, com baixa escolaridade, sem atividade profissional, com poucas expectativas em relação ao futuro do idoso sendo desprovidas de informação sobre a situação e em relação aos cuidados adequados a prestar. Nos dias de hoje segundo Pimenta, Costa, Gonçalves & Alvarez (2009) citados por Muller (2014, p.21) no que toca ao perfil do familiar cuidador, encontram-se sobretudo mulheres na faixa etária dos 55 anos, apresentando o papel de cuidadora principal e tendo a seu cargo outros familiares a quem tem de prestar cuidados.

Atualmente tem sido reconhecida a situação das pessoas dependentes e dos seus cuidadores, o que há cerca de duas décadas atrás era pouco explorado pelas ciências médicas e sociais. Este reconhecimento ocorre devido á dinâmica e às mudanças da população na estrutura familiar e social, no entanto não existe uma resposta cabal do Estado em financiar as necessidades da população.

## **2.1. As motivações para assumir o papel de cuidador informal**

Estudos realizados sobre os motivos que levam os indivíduos a assumir o papel de cuidadores informais revelam que estes tem mais que um motivo. De forma geral, as motivações e as causas que levam os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias:

“ (...) tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela concepção da vida, pela história de cada indivíduo (...)” (Cf. Santos, 2006 citado por Ricarte, 2009, p.47).

Figueiredo (2007) citado por Serra & Gemito (2013, p.139) afirma que:

“(...)os motivos subjacentes ao papel do cuidador constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões, marcado pelas tradições, padrões e normas sociais vigentes em cada cultura pela concepção de vida e história de cada indivíduo”. (Cf. Figueiredo, 2007 citado por Serra & Gemito, 2013, p.139).

A maior parte dos cuidadores refere que o fazem por iniciativa própria, mas podem existir outras razões, como são: as decisões familiares, a inexistência de alguém disponível para assumir o papel de cuidador, através do pedido da pessoa dependente, sendo este último o menos usual. Martins (2005) citado por Monteiro (2016, p.17) justifica as razões anteriores pela existência de relação familiar, pela coabitação, pelo género do cuidador e da pessoa a cuidar, e pelas condicionantes relativas aos descendentes.

Sequeira (2010) citado por Serra e Gemito (2013, p.139) refere ser:

*“(...) o cônjuge em primeiro lugar, seguido dos filhos (as) e noras que assumem o papel de papel primário, devido à sua proximidade afetiva e tendo em conta as responsabilidades a assumir no matrimónio, por solidariedade familiar ou conjugal (casam para se manterem unidos “na saúde e da doença”), por sentidos de gratidão e de reciprocidade para com aquele de quem se cuida e por obediência às normas e padrões socioculturais.”* (Cf. Sequeira, 2010 citado por Serra e Gemito, 2013, p.139).

Tendo em Conta o Manual do Cuidador (Pinheiro, J (s/d), as motivações que estão subjacentes ao papel de cuidador são variadas, podendo ser designadamente:

- *“Modelo de família tradicional (fazer o mesmo que os pais fizeram);*
- *Afeto (amor, gratidão, reconhecimento pelo idoso/pessoa dependente);*
- *Moralidade (dever moral, expectativa da sociedade);*
- *Solidariedade;*
- *Vontade própria para ajudar/apoiar;*
- *Instinto;*
- *Competência (por exemplo: formação técnica para a prestação de cuidados);*
- *Situação extrema e sem alternativas;*
- *História de vida e relação prévia com o outro;*
- *Respeito pela vontade do idoso/pessoa dependente;*
- *Razões espirituais e religiosas.” (Cf. Pinheiro, J (s/d)*

Segundo a autora supra citada, constata-se ainda que:

*“Por vezes, o cuidador informal começa a prestar cuidados sem se dar conta, em função das necessidades que vão surgindo dia-a-dia e não propriamente com intenção de assumir esse papel.” (Cf. Pinheiro, J (s/d).*

## **2.2. Necessidades dos cuidadores informais**

Quando se fala em necessidades, não se pode ignorar o fator subjetividade, na medida em que cada pessoa tem desejos e ambições diferentes, atribuindo um significado individual àquilo que valoriza.

De acordo com Lage (2005, p.210) citado por Francisco (2012, p.25):

*“O processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente em termos da sua saúde mental.” (Cf. Lage, 2005 citado por Francisco, 2012, p.25).*

O cuidador enquanto pessoa que é tem necessidades que devem ser satisfeitas, numa perspetiva holística, com vista a atingir o seu bem-estar, podendo essas necessidades segundo Quaresma (1996) citado por Francisco (2012, p.25), ser as seguintes:

- Situação financeira, devido aos encargos com a pessoa cuidada;
- Ajudas técnicas que permitam maior autonomia da pessoa dependente, facilitando a ajuda do prestador de cuidados;

- Proteção, assistência e apoio social;
- Apoios comunitários, facilitando o acesso à informação e serviços disponíveis;
- Disponibilidade de tempo;
- Estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psicossocial;
- Formação que permita uma ajuda mais adequada à pessoa cuidada.

Em outra perspetiva, Pinheiro et al. (s/d, p.6) refere que as principais necessidades do cuidador estão agrupadas em três categorias, sendo elas:

1. **Materiais:** devido à falta de apoio ao domicílio, de ajudas técnicas ou de apoio financeiro;
2. **Emocionais:** devido à falta de apoio emocional e aconselhamento para lidar com a situação e perceber que os seus sentimentos e dificuldades são comuns a outras pessoas na mesma situação, dificuldade em arranjar tempo para si e para as suas atividades;
3. **Informativas:** devido à falta de conhecimentos sobre a doença, sobre os cuidados a prestar e a forma como lidar com a doença/ dependência.

### 2.3. Tipologia de cuidados informais e o conceito de dependência

O tipo de cuidados a prestar pode influenciar diretamente o processo de adoção do papel de cuidador, uma vez que cuidar pode incidir em diferente áreas, tendo em conta as necessidades da pessoa a quem se presta o cuidado.

O ato de cuidar é definido como ajudar a outra pessoa nas suas atividades diárias, podendo ser incluídos outros aspetos. Ekwall, Sivberg & Hallberg (2007) referem existir dois tipos de cuidados prestados sendo eles os cuidados instrumentais e os cuidados pessoais. Os cuidados instrumentais são compostos pelas ações de cozinhas, limpar, arrumar, entre outras, já os cuidados pessoais correspondem à ajuda prestada nas atividades de vida como é o caso da higiene e alimentação.

Existem várias funções a desempenhar pelo cuidado informal, segundo Sequeira (2010), podem ser:

- Providenciar vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente, por forma a prevenir acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação e/ou envolvimento familiar;
- Supervisionar as atividades de um idoso;
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida;
- Prestar cuidados de acordo com o contexto específico e segundo orientações dos profissionais de saúde.

Tarefas estas que variam consoante o estado em que se encontra o idoso, isto porque no caso de um idoso estar dependente estas tarefas intensificam-se, sendo este papel por período indeterminado. A dependência é um conceito multidimensional, pois incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais. Para Gomes & Martins (s/d, p.35) citado por Martins (2016) “*a dependência é vista como um estado, permanente ou temporário em que se encontra a pessoa que, por razões ligadas à falta ou perda de independência física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ ou de ajuda a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades da vida diária. Essas atividades estão relacionadas com a capacidade de autonomia do individuo, não só ao nível do autocuidado, como também na participação social enquanto cidadão de pleno direito*”. (Cf. Nogueira (2009) citado por Gomes & Martins (2016, p.35).

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 (artigo 3º alínea h) a dependência é: “*a situação em que se encontra a pessoa, que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária*”. Desta definição ressalta por tanto, o facto da dependência não se tratar apenas de incapacidade física da pessoa. Engloba assim as dificuldades familiares e a falta de apoios sociais.

De acrescentar que a dependência é caracterizada por três fatores, sendo eles:

- (1) Limitações físicas, psíquicas ou intelectuais;
- (2) Incapacidade para realizar por si as tarefas de vida diária;
- (3) Necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

O cuidador informal desempenha inúmeras tarefas, que muitas vezes não se tratam de uma assistência pontual, mas sim diária, que implica uma presença continua ao lado do seu familiar, levando a alterações significativas nas suas rotinas e a impactos na sua qualidade de vida.

## **2.4. Impactos positivos e negativos na prestação de cuidados no cuidador informal**

São vários os autores que estudam os aspetos negativos na vida do cuidador, como resultado da sua atividade de cuidar. No entanto existem estudos que afirmam que cuidar de uma pessoa é algo positivo e que habitualmente está ligado a um sentimento de bem-estar e satisfação pessoal (Figueiredo, 2007 & Sequeira, 2010 citados por Monteiro, 2016, p.21). Ricante (2009, p.47) afirma que “cuidar engloba um conjunto de variáveis que são co- responsáveis e potenciam alterações positivas e negativas, neste mesmo conceito”.

Muitos cuidadores referem que como aspetos positivos:

- A realização pessoal;
- Prazer em manter a dignidade e o bem-estar de quem se cuida;
- Afeto;
- Sentimento de utilidade;
- Sentimento de recompensa e gratificação;
- Fortalecimento de relações;
- Sentimento de dever cumprido;
- Evitamento de institucionalização;
- Desenvolvimento de novas capacidades pessoais. (Pinheiro, et al. s/d, p.6).

Para Paúl (1997) citado por Monteiro (2016, p.21):

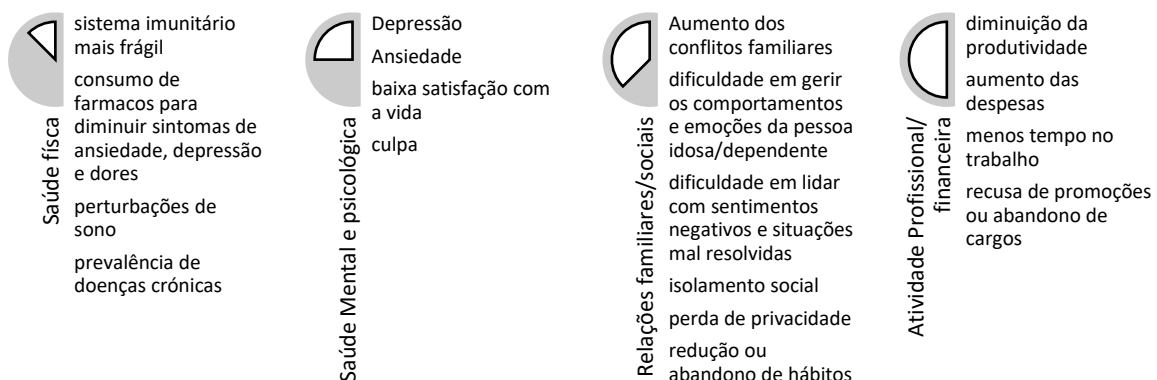
“(…) cuidar de uma pessoa, não é necessariamente sinonimo de consequências negativas, uma vez que o cuidador pode retirar aspetos positivos durante o desenvolvimento da sua tarefa. O que acontece é que no processo de cuidar de uma pessoa geralmente se descartam aspetos agradáveis do dia-a-dia e só se acentuam os problemas” (cf. Paúl, 1997 citado por Monteiro, 2006, p.21)

Por outro lado, como referido anteriormente, a prestação de cuidados pode ter reflexos negativos na vida do cuidador informação ao nível do seu bem-estar e da sua saúde originando ou potenciando algumas dificuldades. Segundo Teixeira et al. (2017, p.4) as dificuldades referidas podem manifestar-se ao nível:

- da saúde física;
- da saúde mental e psicológica,
- em torno das relações familiares/sociais;
- no que respeita à atividade profissional / financeira;

Tal como é possível verificar na Figura 1, o desgaste do cuidador não afeta apenas este e a pessoa cuidada, mas sim todos os elementos que fazem parte do núcleo de relacionamento.

**Figura 1:** Possíveis impactos que afetam o cuidador informal



**Fonte:** Elaborado pela investigadora, com base no manual do cuidador

As principais dificuldades referidas pelos cuidadores informais são a exigência do tipo de cuidados a prestar, a falta de respostas tanto a nível formal como informal, os problemas financeiros, e sobretudo, a falta de vida social a que são expostos (Cruz *et al.*, 2010 Citado por Muller, 2014, p.21).

Silva (2013, p.57) refere que Nolan et al. (s/d) no ano de 1998 terá elaborado um instrumento a que chamou de Carers' Assessment of Difficulties Index



(CADI). Instrumento este que tem por principal objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a familiares idosos, assim como a forma como em cada caso, os cuidadores informais percebem e vivenciam as dificuldades. O índice de avaliação dos cuidadores informais foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Brito Barreto (2000), tal como refere Silva (2013, p.57), é assim constituído por trinta itens (potenciais dificuldades) relacionadas com o cuidar de idosos, itens estes que estão agrupados em sete categorias:

1. Problemas relacionais com idosos;
2. Reações à prestação de cuidados;
3. Exigências de ordem física da prestação de cuidados;
4. Restrições na vida social;
5. A falta de apoio familiar;
6. A falta de apoio profissional;
7. Problemas financeiros.

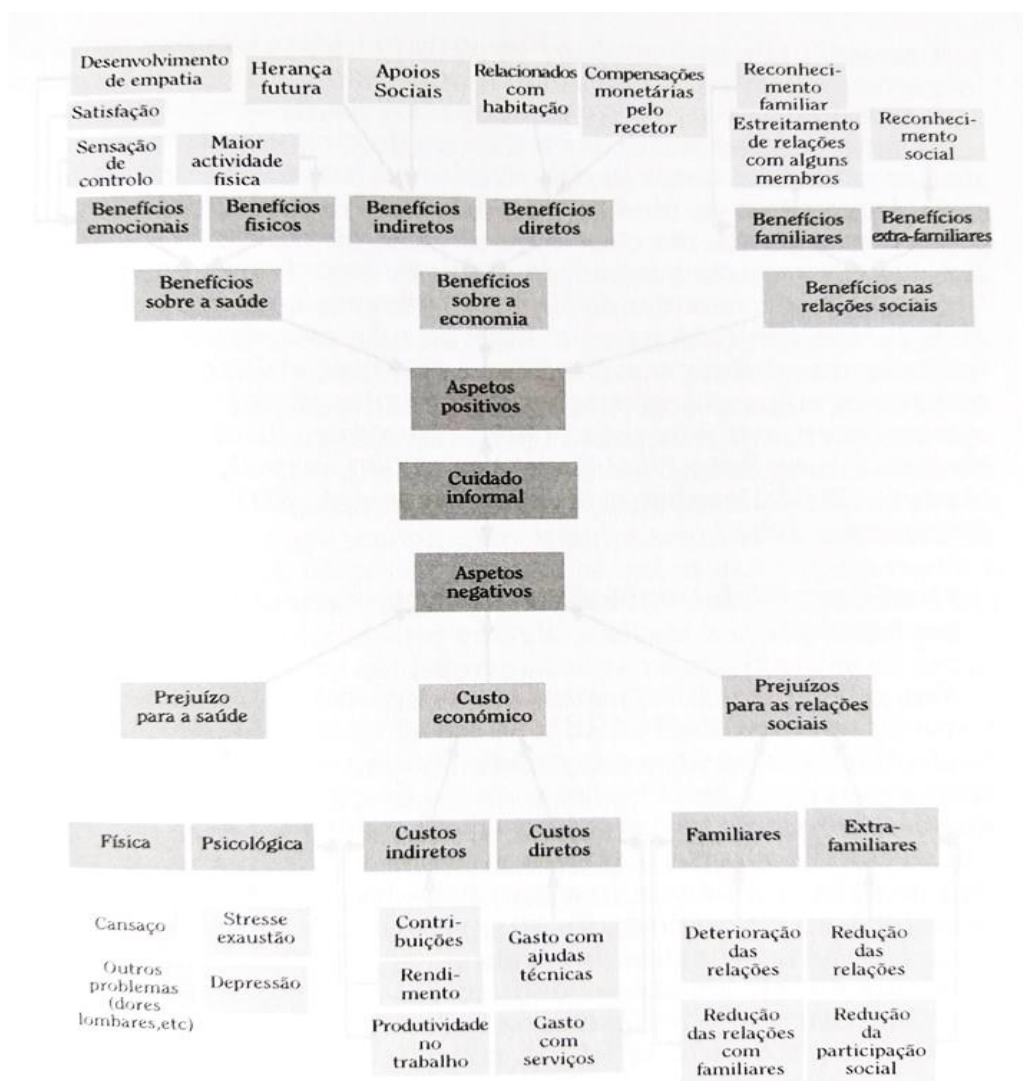
## **2.5. A sobrecarga no cuidador informal**

Atualmente são extremamente importantes as questões em torno da temática dos cuidadores informais, isto pois, estamos perante um envelhecimento da população devido ao contínuo aumento da esperança de vida, mas também nos deparamos com mudanças ao nível do contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares.

Para se estudar o impacto da prestação de cuidados na vida do cuidador tem-se recorrido sobretudo ao “paradigma teórico do stresse e das estratégias adaptativas (stress-coping), originário da psicologia social, tal como faz referência Lavoie, 1999, citado por José, Wall & Correia, 2002, p.3). Conceito de sobrecarga surge associado ao estudo das pessoas sujeitas a fontes de stresse prolongado (Crespo- López & López-Martínez, 2007).No que diz respeito à sobrecarga no cuidador informal esta pode ser física, emocional, social, familiar e económica.

No entanto o ato de cuidar não tem apenas repercussões negativas, tem também positivas tal como refere García (2010, p. 58) através da seguinte figura:

**Figura 2:** Impactos positivos e negativos do ato de cuidar



**Fonte:** García (2010, p.58)

Desta forma o autor supra citado afirma que as repercussões positivas ou ganhos do cuidar podem decorrer de diferentes tipos de satisfações obtidas a diferentes níveis:

- i) Satisfações decorrentes da dinâmica interpessoal- como o reforço dos laços com a pessoa dependente ou outros familiares;
- ii) Satisfações decorrentes da dinâmica interpessoal- como a capacidade de resolver problemas, o reforço da autoestima...;
- iii) Satisfações decorrentes das consequências – que podem passar pela recompensa económica direta ou indireta, atual ou futura.

## 2.6. Estatuto de Apoio ao cuidador informal

Segundo relatório entregue no governo intitulado de “Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais”, elaborado por Teixeira, et al. (2017, p.14):

*“Não existem dados definitivos e extrapoláveis específicos para Portugal, mas segundo o Instituto Nacional de Estatística, IP (INE, IP, 2011) de acordo com os resultados dos Censos 2011, cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia.”*  
(Cf. Teixeira, et al., 2017, p.14).

Sendo que estas atividade afetam cerca de 95 213 pessoas idosas em Portugal, onde mais de metade vivem sozinhas ou acompanhadas por outro idoso.

Em Portugal e na Europa tendo em conta o Eurocarers (2017) citado por Teixeira, et al. (2017, p.15), é a mulher entre os 45 e os 75 anos a que exerce o papel de cuidadora informal. Na perspetiva de Glendinning e Bell (2008) citado por Teixeira, et al. (2017, p.15), as mulheres têm maior probabilidade de assumir as funções de cuidador informal e são as que mais cuidados prestam ao longo do tempo, sendo que os cuidados são frequentemente exigentes em termos físicos e emocionais. Os cuidadores informais estão em risco de desenvolver sérios problemas de saúde e sociais relacionados com a exposição prolongada ao stress e à continuidade do cuidar. Assim é fundamental que existam estratégias para possibilitar o descanso ao cuidador, para que este possa aliviar a sobrecarga / burnout associado ao cuidar.

Cuidar de outra pessoa exige lidar com um conjunto de tensões e esforços que podem comprometer a qualidade devida e o bem-estar, desta forma era essencial que houve-se em Portugal medidas de compensação para estes indivíduos, tal como existem em outros países como é possível verificar na tabela 5.

**Tabela 5:** Medidas de apoio ao cuidador

Tipo de Medidas	Espanha	França	Alemanha	Reino Unido	Irlanda	Suécia
<b>Estatuto do cuidador informal</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Benefícios para os cuidadores informais</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Cuidados no domicílio</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Cuidados semipresidenciais</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Cuidados formais em instituição</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Outro tipo de apoios</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Prestações pecuniárias para os beneficiários</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Comparticipação no pagamento de serviços</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela investigadora, a partir de:

<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true>

Em Portugal os cuidados informais consistem num trabalho não remunerado e na maioria dos casos o cuidador é desprovido de formação e de preparação prévia para assumir esse papel.

Diversos autores afirmam ser necessário:

*“...ter em consideração aqueles que têm dependentes a seu cargo...”* (Fangueiro, 2008, p.50), pois é importante sensibilizar para a complexidade e fragilidade humana e dar uma resposta cabal ao nível da capacitação e preparação desta exigente tarefa, que é cuidar. Por outro lado, verifica-se que “...o aumento da necessidade de apoio aos (...) dependentes emerge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países desenvolvidos, (...) a abordagem desta questão passa também pelos cuidadores informais e principalmente pelos cuidadores principais (...). Dado que a QDV do (...) dependente em contexto familiar está diretamente associada à QDV e à saúde do cuidador principal...” (Imaginário, 2008, p.224).

Proteger quem cuida de um familiar, amigo ou vizinho, sem ser remunerado é o objetivo do Estatuto do Cuidador Informal. Neste sentido em Portugal, ainda tem que haver um avanço ao nível das leis por forma a haver este reconhecimento. Pois tal como afirma Teixeira (2017, p.10):

*“(...) no papel de cuidadores, estes têm também um papel muito relevante a nível de defesa dos direitos da pessoa que cuidam e respeito pelos princípios éticos da vida, sendo de valorizar igualmente o seu papel enquanto elo de ligação com a rede formal dos sistemas sociais e de saúde. Comunicar à equipe de saúde todas as mudanças verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada e outras situações que se fizerem necessárias, para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa afirma-se de extrema relevância. (CF. Teixeira, 2007, p.10)*

Foi publicado em Diário da Republica o estatuto do cuidador informal a 6 de Setembro de 2019. A lei 100/2019 aprova o Estatuto de Cuidador Informal altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial da Segurança Social e a Lei nº13/2003, de 21 de maio. A presente lei aprova o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio. No presente estatuto o cuidador informal pode ser principal ou não principal. Sendo o cuidador informal definido pelo artigo 2º, da lei supra mencionada, como sendo:

“... o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Lei nº 100/2019 de 6 de Setembro)

### **3. O empreendedorismo e as suas diversas perspetivas**

Rodrigues (2008) refere que “ a utilização do termo “empreendedorismo” é atribuído a Richard Cantillon (1755) e a Jean-Baptiste Say (1800)”. Os autores referem que os empreendedores são pessoas que correm riscos porque investem o seu próprio dinheiro em empreendimentos. É Schumpeter no ano de 1978 que associa o empreendedorismo à inovação, afirmando que: “a essência do empreendedorismo está na perceção e aproveitamento das novas oportunidades no âmbito dos negócios, tem sempre que ver com a criação de uma nova forma de uso dos recursos nacionais, em que eles sejam deslocados do seu emprego tradicional e sujeitos a novas combinações” (Schumpeter citado por Rodrigues, 2008).

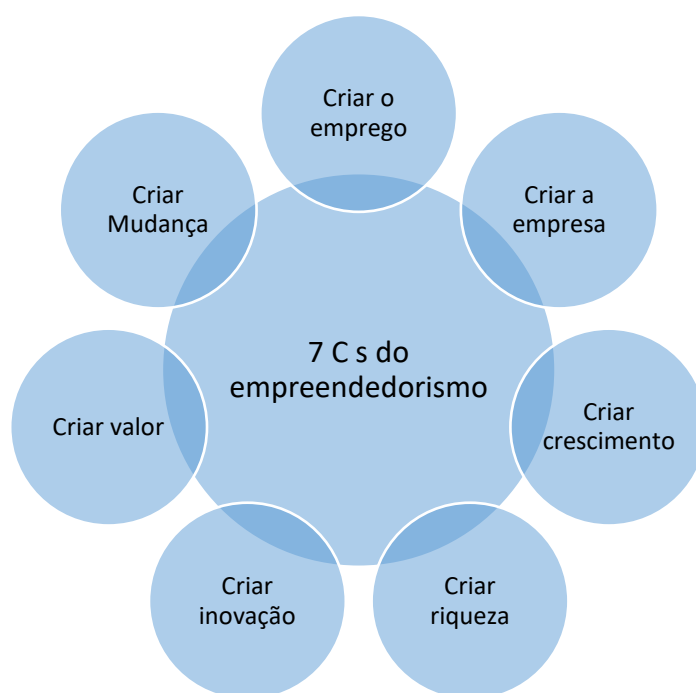
Por outro lado, Hoselitz (1952) citado por Costa (2013, p.22) aponta que os primeiros estudos sobre Empreendedorismo surgiram no século XVII, na disciplina das Ciências Sociais. No entanto, este tema têm vindo a ser estudado por diferentes autores, como Knight (1921), Schumpeter (1934) e Hisrich (2008). Jeff Timmons (1994) citado por Costa (2013, p.22) defende que “o empreendedorismo surge como uma revolução silenciosa, que será para o século XXI tanto ou mais do que a Revolução Industrial foi para o século XVIII” (Cf. Jeff Timmons (1994) citado por Costa (2013).

O empreendedorismo é uma fonte de criação de emprego importante, que desempenha um papel crucial na introdução de inovações na economia constituindo assim um mecanismo que leva a sociedade a evoluir e progredir. Desta forma o empreendedorismo é essencial para a criação de riqueza dentro de um país, promovendo assim crescimento económico o que contribui para a melhoria das condições da população, e para a criação de emprego. Trigo (2003) citado por Mongollón & Policarpo (2013, p.2) refere que o empreendedorismo engloba duas vertentes, sendo elas uma atitude relacionada com a detenção de novas oportunidades e um comportamento que comporta um conjunto de ações para transformar essa oportunidade numa atividade empresarial. Já para Cone (2007) citado por Mongollón & Policarpo (2013, p.2), “o empreendedorismo consiste em reinventar o mundo, onde atualmente nada é estático”. De acordo com Morris (1998) citado por Mongollón & Policarpo (2013, p.2) o

empreendedorismo é caracterizado pela criação de sete aspetos, sendo eles: criação de bem-estar; de empresas, de inovação, de mudança, de empregos, de valor e criação de crescimento.

Já tendo em consideração Morris (1998), há sete perspectivas sobre a natureza do empreendedorismo designadas de 7 C's do empreendedorismo, tal como mostra a figura 3:

**Figura 3: Os 7 C's do Empreendedorismo**



**Fonte:** Elaborado pela investigadora a partir de Morris (1998).

Cardoso (2016) refere então que:

*“o empreendedorismo visa, assumir riscos para a obtenção do lucros, criar empreendimento onde não havia, e/ou inovar nos métodos/produtos/serviços já ultrapassados, criar mudanças que se adaptem as novas realidades, abordagens e habilidades para atender às necessidades e às oportunidades do mercado, criar novos postos de trabalho e fatores de produção. O mesmo, também, assume como um processo de criação de valores para o cliente através de exploração de oportunidades inexploradas, e o empreendedorismo é definido como uma força positiva para gerar crescimento tanto económico, das vendas e dos lucros. O processo começa com a identificação de oportunidade para satisfazer as necessidades.”* (Cf. Cardoso, 2016, p.10).

### 3.1. O empreendedorismo Social

Santos & Bernardino (2014, p.1) afirmam que em Portugal o interesse no Empreendedorismo Social surgiu no virar do século, com a ocorrência de iniciativas empreendedoras de cariz social e com o surgimento das primeiras investigações. No entanto, o empreendedorismo social em Portugal tem a sua origem ancestral na ideia da caridade assistencialista que dominava em instituições como as misericórdias do século XV (Lopes et al., 2014, p.2). Sendo possível verificar também que:

*“O empreendedorismo Social é uma das buzzwords que a crise do paradigma de desenvolvimento económico e social trouxe para a ordem do dia na passagem do século XXI. Trata-se de um campo de análise e intervenção emergente em termos políticos e científicos, em fase de expansão acelerada, com grande cobertura mediática. Tem vindo a atrair o interesse dos diferentes setores da sociedade e dos mais variados quadrantes políticos mundiais, europeus e nacionais, como uma solução para a resolução dos problemas do emprego, da pobreza e da exclusão social”.* (Cf. Lopes et al., 2014, p.2)

E que o conceito de empreendedorismo social terá emergido na década de 90 do século passado, primeiramente nos Estados Unidos da América e só depois na Europa, como forma de descrever as respostas encontradas pelos cidadão em concreto e pela sociedade civil de forma a fazer face à não resposta, recuo ou incapacidade do Estado, mas também do Mercado face a necessidades sociais das pessoas mais vulneráveis. Este conceito “encontra as suas raízes nos EUA, na década de 1980, nas áreas disciplinares da economia e da gestão, e o termo empreendedor social vulgariza-se nos anos 1990”. (Lopes et al., 2014).

De acrescentar que:

*“A emergência do conceito de empreendedorismo social é tributária de economistas como Jean-Baptiste Say, Joseph Shumpeter ou Peter Drucker, e das características definidoras do conceito clássico de empreendedorismo: a criação de valor, a inovação e a capacidade de identificar e explorar oportunidades.”* (Cf. Lopes et al., 2014, p.14).

Mas tendo em conta Dees, (2001) & Hindle, (2008) citados por Lopes et al. (2014, p.14):



*“(...) foi Say que cunhou e trouxe o conceito de empreendedorismo para a teoria económica, na viragem para o século XIX, ao referir que o empreendedor cria valor ao redirecionar os recursos económicos devotados a áreas de baixa produtividade para áreas de maior produtividade”.*

O empreendedorismo social conjuga a criação de valor social com a de valor económico dentro de uma mesma tipologia institucional:

*“O empreendedorismo social demonstra que a criação de valor social e económico não tem que ser vista como inconsciente e incompatível, mas sim como algo sinérgico, onde a criação de valor em cada uma das dimensões se reforça mutuamente com vista à otimização de valor total criado. O empreendedorismo social deve, assim ser encarado como uma construção multidimensional, que envolve a expressão de um comportamento empreendedor para o alcance de uma missão social, caracterizando-se pela aplicação de princípios e práticas empreendedoras no fornecimento de bens sociais.”* (Cf. Santos & Bernardino, 2014).

O empreendedorismo social é uma nova realidade, é único uma vez que combina numa mesma realidade duas esferas até então consideradas distintas. Tem por um lado a integração da vertente económica como um suporte para a construção de uma dada resposta social duradoura e por outro lado a realização da missão social da organização o que leva a que ocorra a resolução persistente e sustentável de um problema social que uma atuação convencional não resolveria. As atividades levadas a cabo pelas organizações socialmente empreendedoras são diversas, podendo por isso incidir sobre o fornecimento de bens e/ou serviços, o desenvolvimento de competências, a criação de emprego ou a promoção da integração de pessoas socialmente excluídas. Tendo ainda em conta os autores Bernardino & Santos (2014, p. 2), as principais áreas de atuação dos empreendedores sociais são:

- (4) Redução de pobreza;
- (5) Cuidados de saúde;
- (6) Educação e formação;
- (7) Preservação do ambiente e desenvolvimento sustentável;
- (8) Regeneração das comunidades;
- (9) Projetos de bem-estar;

## **(10) Sensibilização e lobbyng.**

Os autores acrescentam ainda que:

“A criação de valor poderá ocorrer de uma forma direta, através da disponibilização de um produto ou serviço que satisfaça uma necessidade social, ou de um modo indireto, através da sensibilização e consciencialização da sociedade para uma determinada questão social.” (Cf. Bernardino & Santos (2014, p. 2).

O empreendedor social é um “ato individual ou coletivo que inspirado num desejo de mudança social, orienta os seus esforços para a conceção e concretização de uma iniciativa empreendedora que viabiliza a resolução de um problema social” (Bernardino & Santos (2014, p. 2). Outros autores (Parente & Costa, 2011) referem que o empreendedorismo social é um conceito que tem vindo a suscitar nos últimos anos uma crescente atenção por parte dos académicos, profissionais e políticos, das diversas áreas pois promove a capacitação e o espírito empreendedor da sociedade indo ao encontro das necessidades sociais. Já para Neto & Aveni (2010) citados por Galvão (2010) o empreendedorismo social é uma vertente do empreendedorismo em que os atores em vez de trabalharem para mudar alguma situação particular, inovando para criar produtos ou serviços cujo propósito seja o lucro, empregam recursos financeiros, emocionais, criativos, inovadores para melhorar o ambiente em que vivem. Segundo estes autores o empreendedorismo social apresenta pelo menos cinco características, que o diferencia dos outros tipos de empreendedorismo, sendo elas:

- a)** é coletivo e integrado;
- b)** produz bens e serviços para a comunidade local e global;
- c)** tem o foco na busca de soluções para os problemas sociais e necessidades da comunidade;
- d)** sua medida de desempenho são o impacto e transformação social;
- e)** visa a resgatar pessoas da situação de risco social e promovê-las, e a gerar capital social, inclusão e emancipação social.

O empreendedor social é um ator que busca a mudança social e com ela a resolução de problemas. Para Cardoso (2016) o empreendedorismo social é impulsionado por duas grandes forças a primeira diz respeito ao desejo de gerar a mudança social através de soluções e organizações inovadoras e a segunda reside na sustentabilidade do seu funcionamento e serviço prestado. Em Portugal, são várias as iniciativas existentes, tanto de carácter público como privado, com um propósito em comum, o de gerarem mudança e impacto social positivo por forma a satisfazer necessidades, destacando-se segundo Cardoso (2016):

- ✓ “Ideias de Origem Portuguesa, da Fundação Calouste Gulbenkian que promove projetos e soluções inovadoras de cariz sócias com várias candidaturas e ideias (Ideiaspt, 2016);
- ✓ Portugal Inovação Social, Criada em 2015 de acordo com ação do governo, no âmbito de políticas Europeias nasce Portugal2020 que tem como objetivo impulsionar o ecossistema de inovação e empreendedorismo social em Portugal e ao mesmo tempo criar um mercado de investimento social (FomumAMP2020,2016);
- ✓ IES- Social Business School, um centro de investigação em empreendedorismo social como objetivo de promover a inovação, investimento e negócios sociais que geram impacto na sociedade e na economia (IES-SBS,2016);
- ✓ Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social-MIES, um projeto de investigação que mapeia as iniciativas de elevado potencial em empreendedorismo social no Norte, Alentejo e Centro do país, conta com mais de 4200 iniciativas referenciadas, 440 estudadas de forma aprofundada e com 134 iniciativas selecionadas (MIES,2016);
- ✓ *Agência de Empreendedores Sociais - SEA*, Criado em 2007 por um grupo de empreendedores sociais que visa desenvolver e implementar projetos que contribuam para desenvolvimento sustentável (SEA, 2016);
- ✓ *Ashoka Portugal*, com mais de 3000 empreendedores sociais e líderes, tem como objetivo apoiar os empreendedores sociais (Ashoka, 2016);
- ✓ *Laboratório de Investimento Social - LIS*, que promove investimento social que gera impacto social, através de capacitação e estudo de viabilidade (LIS, 2016)” (Cf. Cardoso, 2016)

De ressaltar o facto que a maioria das iniciativas mencionadas visam a promoção do empreendedor e do empreendedorismo social, nas suas variadas

formas: desde a viabilização do projeto à promoção e a qualificação do empreendedor.

### **3.2. Perfil e competência do empreendedor Social em Portugal**

Os projetos de carácter social surgem geralmente por iniciativa de pessoas individuais ou grupos de pessoas que em comum apresentam uma visão dos problemas que procuram resolver. Bernardino & Santos (s/d) afirmam que “no centro do empreendedorismo social encontra-se a figura do indivíduo que despoleta conduz uma iniciativa social e que se designa por empreendedor social (...) apesar do potencial que o empreendedorismo social representa, é uma área ainda pouco conhecida, onde são necessários novos contributos empíricos”.

Não existe consenso no que toca à definição de empreendedorismo social, no entanto segundo o Instituto do Empreendedorismo considera que este é um “catalisador da mudança que resolve eficazmente problemas sociais”. O empreendedor social é assim alguém visionário, realista, despreconceituoso, inovador, recrutador, Obstinado e Tolerante, sendo a sua ação ao nível do setor social. É portanto na comunidade que se desenvolvem as ideias inovadoras com vista a minimizar problemas sociais.

Existem segundo Cardoso (2016) duas perspetivas relativamente ao perfil do empreendedor social a primeira refere que os empreendedores são inatos, existindo por tanto uma predisposição para se ser empreendedor, já a segunda refere que além destes empreendedores natos existe algo passível de ser transmitido e compreendido por qualquer pessoa, podendo assim aprender-se a ser empreendedor. Dornelas (2001) refere que “é decorrente de uma gama de fatores internos e externos ao negócio, do perfil do empreendedor, e de como ele administra as adversidades que encontra no dia-a-dia de seu empreendimento”.

São vários os autores que abordam esta temática relativa às características dos empreendedores, tal como é possível contactar na tabela.

**Tabela 6:** As características dos empreendedores

<b>Características dos empreendedores</b>	<b>Autor</b>
Altamente motivado, <i>Locus</i> controlo interno, Assunção de riscos calculado, Tolerância de ambiguidade, Persistência/Perseverança/Tenacidade, Independência, Autoconfiança, Dedicação/Forte ética de trabalho, Habilidades organizacionais, Oportunista, Adaptabilidade/Versatilidade, Iniciativa, Agilidade, Criatividade, Perspicácia, Assertividade e Persuasão.	Morris,(1998:78)
São Visionários, Sabem tomar decisões. São indivíduos que fazem a diferença, Sabem explorar ao máximo as oportunidades. São determinados e dinâmicos, são dedicados, São otimistas e apaixonados pelo que fazem, São independentes e constroem o próprio destino, ficam ricos, São líderes e formadores de equipas, São bem relacionados (networking), são organizados, Planejam, Possuem conhecimento, Assumem riscos calculados, Criam valor para a sociedade	Dornelas, (2001:31-39)
Visão de futuro, Criatividade, Confiança, Ética, Planejar estrategicamente, Não ter medo de errar, Elaborar ações inovadoras, Transparência.	Oliveira, (2003:396)
Motivado, Realizado, Atenta às oportunidades, Criativo, Decisivo, Energético, Locus de controlo interno, Assunção de risco moderado, Persistente, relacionado, Persuasivo, Promotor, Captador de Recursos, Auto-confiante, Auto-iniciativa, Forte ética de trabalho, Tenacidade, Tolerância de ambiguidade, visionário.	Barringer elreland,(2006:12)
São geralmente persistentes e ambiciosos.	Sarkar, (2007:49)
Necessidade de ser independente e realizar, atingir resultados, Assunção de riscos moderados, Autoconfiança, Assunção de responsabilidade, Capacidade de trabalho e energia, Competências em relação humanas, Criatividade e inovação, Dedicação à empresa, Persistência apesar do fracasso, Inteligência na execução.	Ferreira, Santos e Serra (2008:54-55)
Auto-eficácia, capacidade de assumir riscos calculados, planejador, deteta oportunidades, persistência, sociável, inovação e liderança.	Schmidt e Bohnenberger, (2009:454)
Realização, Locus de controlo interno, Assunção de riscos e Auto-eficácia.	Stokes, WilsoneMador, (2010:16)
São apaixonados em procurar e em identificar a forma de lucrar com as mudanças e ruturas, Procuram oportunidades com disciplina e foco em um número limitado de projetos, Se concentram em ação e execução, em vez de ficar em análise sem fim, Envolvem e dinamizam redes de relações,	Bessant eTidd, (2011:158)

explorando a experiência e os recursos dos outros, ao mesmo tempo ajudar os outros a alcançar seus próprios objetivos.	
Auto eficaz, Assume riscos, Planejador, Deteta oportunidades, Persistente, Sociável, inovador e Líder.	Moraes, Hashimoto e Albertini, (2013)

**Fonte:** elaborado pela investigadora recorrendo a Cardoso (2016, p.30)

### **3.3. Dinâmicas empreendedoras dos Assistentes Sociais Portugueses**

Devido às profundas mudanças ocorridas nas políticas sociais, a partir dos anos 80 como foi o caso da desregulação e da privatização de vários setores e a alteração dos regimes de proteção social, levou a que as últimas décadas tenha sido dado grande relevo às problemáticas de criação do auto-emprego e do empreendedorismo. É então neste contexto que começam a ser questionadas algumas respostas sociais existentes, desadequadas ao novo público – alvo, o que leva a que se crie oportunidade para o os assistentes sociais implementem empresas privadas como resposta alternativa.

Tal como menciona Freire (1987, p.22) citado por Santos (2009, p.64), tradicionalmente o Serviço Social não inclui a organização empresarial como unidade de intervenção, sendo por isso um campo empresarial muito questionado e até mesmo considerado como não sendo compatível com os fundamentos teóricos (ou éticos ou políticos) da disciplina.

### **3.4. O Gabinete de apoio ao cuidador como medida de empreendedorismo social**

O Gabinete de apoio ao cuidador é uma estratégia local de apoio ao cuidador informal, na medida em que promove iniciativas e serviços que vão ao encontro das necessidades dos cuidadores. Este gabinete tem por principais objetivos:

1. o ensino de estratégias específicas que possam servir para lidar com os sintomas que resultam da patologia em questão.
2. dar espaço ao cuidador familiar para desabafar as suas frustrações e dificuldades.

Para tal é necessário uma equipa multidisciplinar e parcerias com as instituições locais para que sejam implementadas as estratégias mais adequadas.

Segundo Associação de Apoio a Demências- Agir no Tempo (2016):

*“(...) o cuidador depara-se com a necessidade de confiar o cuidado do seu familiar a outras pessoas por não ser física ou emocionalmente capaz de o fazer sozinho, pois uma situação de stress excessivo ou de sobrecarga pode levar a que o cuidador deixe de ser a pessoa mais adequada para prestar cuidados. Por vezes, esta decisão é acompanhada de um sentimento de culpa pois os cuidadores sentem que estão a desistir do seu familiar. Esta consulta pretende dar um suporte emocional para que o cuidador se possa sentir apoiado nestas e outras decisões que toma de forma independente. (...) Este Gabinete também pode ajudar o cuidador a lidar com a sobrecarga associada à tarefa de cuidar, por exemplo ajudando-o a organizar a sua agenda, reservando momentos para si. Este trabalho é realizado por psicólogos com experiência e especializados.”*  
(Cf. Associação de Apoio a Demências- Agir no Tempo, 2016)

## **Parte II: Estudo empírico**

A presente investigação iniciou-se através de uma pesquisa e análise bibliográfica interdisciplinar, sobre a sobrecarga nos cuidadores informais de idosos dependentes e a possibilidade de criação de um projeto de intervenção no concelho de Serpa. Com o objetivo de criar um Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal, como medida de Empreendedorismo Social, foram explorados três grandes temas sendo eles: o envelhecimento demográfico em Portugal, os cuidadores informais e o empreendedorismo como fonte de criação de iniciativas e projetos no âmbito da temática proposta. Na parte II deste estudo encontra-se então o estudo empírico realizado ao longo da investigação.

### **4. Objetivos e Metodologia da Investigação**

#### **4.1. Objetivo geral**

Os objetivos gerais, segundo Guerra (2010, p. 163) são aqueles que descrevem grandes orientações para as ações e são por isso coerentes com as finalidades do projeto.

Definiu-se então como objetivo geral: Compreender de que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa.

Já o fio condutor desta investigação foi a seguinte pergunta de partida: “De que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa?”.

##### **4.1.1. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos exprimem os resultados que se espera atingir e que detalham os objetivos gerais, funcionando assim como a sua operacionalização



(Guerra, 2010, p.164). Para este estudo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Definir envelhecimento;
- Definir cuidadores informais;
- Diagnosticar os problemas que afetam os cuidadores informais de idosos, entender quais as necessidades destes indivíduos;
- Definir Empreendedorismo e Empreendedorismo Social;
- Realizar uma proposta de Projeto de Intervenção (criação de um gabinete de apoio ao cuidador);
- Caracterizar o cuidador informal no concelho de Serpa e a pessoa idosa.

## **4.2. Metodologia**

Num processo de investigação deve explicar-se, detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos a utilizar. Os métodos de investigação são as técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados (Bowling, 1998, citado por Ribeiro, 2010). O investigador, nesta fase, determina os métodos que utilizará para obter as respostas às suas questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados (Fortin, 1996). É necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. Deve-se assegurar também, nesta fase, que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 1996). Esta fase consiste em quatro etapas: escolher o desenho da investigação, definir a população e amostra, definir as variáveis, e por fim escolher os métodos de colheita e análise de dados (Fortin, 1996).

A investigação apresentada diz respeito a um estudo quali- qualitativo, aplicado a uma amostra de 10 cuidadores informais de idosos dependentes. No que respeita à metodologia, optou-se pela utilização do inquérito, a uma amostra não probabilística por conveniência, onde foram também aplicadas a escala de Zarit e a de Katz. Tendo em conta o autor supra citado a amostra por

conveniência é um tipo de amostragem não probabilística que é composta por indivíduos de fácil acesso e que estão presentes num determinado local a um determinado momento (Fortin, 1996).

Optou-se por elaborar um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, sendo estes muitas vezes complementares, tal como afirma Ribeiro (2007,p.75) a investigação qualitativa ajuda a explicar e a compreender o quê e o porquê, já a investigação quantitativa, ajuda com a “força dos números”.

Este estudo tem também como base a metodologia de ação, uma vez que na parte III é apresentada uma proposta de Projeto de Intervenção, como tentativa de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes.

#### **4.2.1.Problemática**

O envelhecimento demográfico tem um profundo impacto em Portugal e nos países demograficamente envelhecidos (Eurostat, 2012). Tendo em conta Paúl & Fonseca (2005, p. 203), o aumento progressivo da população idosa leva a que haja uma exigência real e potencial de cuidados a longo prazo. Ser velho não é sinonimo de ser dependente, no entanto tem havido um significativo aumento de situações crônicas incapacitantes que levam a que seja fundamental a existência de um bom suporte familiar, social e de saúde. Neste sentido é necessário olhar não só para os idosos dependentes mas também para os cuidadores, por forma a evitar comportamentos de risco que coloquem em causa o seu bem-estar físico e psicológico, é fundamental que este saibam os riscos inerentes ao ato de cuidar para que assim possam contornar as dificuldades e evitando portanto a sua sobrecarga. A existência de um Gabinete de Apoio ao Cuidador informal é a chave para a capacitação, apoio e aconselhamento dos cuidadores informais e quem sabe também para lhes garantir o seu descanso.

Este estudo de investigação centra a sua problemática no campo de identificação das necessidades dos cuidadores informais de idosos dependentes no seu domicílio, tentando assim identificar a existência das suas necessidades/dificuldades e da possibilidade da presença de sobrecarga dos cuidadores, por

forma a tentar perceber se há a necessidade de criar um Gabinete de Apoio ao Cuidador em Serpa por forma a minimizar/ eliminar estes problemas.

Em seguida é apresentado um modelo de análise (tabela 7). O modelo de análise que corresponde ao natural prolongamento da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão naturalmente retidos para orientar o trabalho de observação e análise (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.150). O modelo de análise realizado pela investigadora está dividido em dimensões, variáveis, indicadores e finalmente apresentam-se as questões que serviram para a formulação do inquérito por questionário, questões estas essenciais para a recolha de dados. No que diz respeito às dimensões estudadas estas corresponderam ao:

- Perfil social do cuidador informal dos idosos dependentes;
- Perfil do cuidador informal;
- Trajetória enquanto cuidador informal;
- Visão relativa à criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador;
- Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e/ou profissional;
- Perfil do idoso dependente.

**Tabela 7:Modelo de Análise**

<b>Dimensões</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Questão</b>
<b>Perfil Social do cuidador informal de idosos dependentes</b>	<b>Caracterização social</b>	Sexo Idade Estado civil Composição do agregado familiar Escolaridade Condição perante o trabalho Profissão	Sexo? Idade? Estado civil? Contando consigo quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar? Quais as suas habilitações literárias? Qual a sua condição perante o trabalho? Qual a sua profissão?
	<b>Habitação</b>	Residência atual antes e após se tornar cuidador informal	A sua residência foi alterada após se tornar cuidador informal ou é a mesma?
<b>Perfil do cuidador informal de idosos dependentes</b>	<b>Caracterização da prestação de cuidados</b>	Cuidados prestados Divisão de tarefas Perceção quanto aos riscos	Quais os cuidados que presta ao idoso dependente? Partilha a responsabilidade da prestação de cuidados com outra pessoa? Tem a perceção que há riscos para si enquanto cuidador informal? Se sim quais os riscos que considera haver?
	<b>Tempo da prestação de cuidados</b>	Horas diárias Dias/anos	Quantas horas por dia dedica na prestação de cuidados?

			Há quanto tempo assume o papel de cuidador principal?
	<b>Dificuldades na prestação de cuidados</b>	Sobrecarga Stresse Limitações Experiência	Sente-se de alguma forma sobrecarregado devido aos cuidados que presta?  O ato de cuidar causa-lhe stresse?  Sente alguma dificuldade a quando da prestação de cuidados ao idoso dependente?  Já tinha cuidados de alguém antes?
	<b>Motivações para a prestação de cuidados</b>	Razões  Papel de cuidador informal principal	O que o motiva a ser cuidador informal?  Qual a causa ou motivo que o levou a assumir o papel de cuidador informal principal?
<b>Trajectoria enquanto cuidador informal</b>	<b>Percurso do cuidador informal</b>	Impacto na vida  Motivação	O que mudou na sua vida desde que é cuidador informal de idoso dependente?  O que o motivou a assumir o papel de cuidador?
		Capacitação	Sente-se completamente preparado para assumir os cuidados? Fez alguma formação?  Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação? Onde?
		Futuro	Olhando para o futuro enquanto cuidador informal, o que mais o assusta?
		Institucionalização	Se tivesse oportunidade para a institucionalização da pessoa de quem cuida optaria por essa via?

<b>Visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao cuidador</b>	<b>Necessidade da existência dos serviços</b>	Prestadores de cuidados (substitutos) Formação Apoio psicológico	Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados? Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador? Gostaria de receber formação? Gostaria de receber apoio psicológico? Acha que deveria haver um local onde se pudesse dirigir para ter aconselhamento?
<b>Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e / ou profissional</b>	<b>Adequação das funções profissionais com o ato de cuidar</b>	Emprego vs cuidar	Sente que tem flexibilidade laboral compatível com o ato de cuidar?
<b>Perfil do idoso dependente</b>	<b>Situação de dependência</b>	Grau de dependência Origem da dependência Acompanhamento do idoso	Aplicação do índice de Katz Qual a origem da dependência (envelhecimento/ doença/ acidente/ outra)? O idoso pode ficar só?

**Fonte:** Elaborado pela investigadora

### 4.3. Caracterização do meio

Tendo em conta o diagnóstico Social (2012, p.13), Serpa situa-se no Baixo Alentejo, no Distrito de Beja, na margem esquerda do rio Guadiana, ocupando cerca de 11065,5 km<sup>2</sup>, distribuídos por seis freguesias sendo elas:

- 1) Brinches
- 2) Pias
- 3) União de Freguesias de Salvador e Santa Maria
- 4) União de Freguesias de Vila Nova de São Bento e Vale Vargo
- 5) Vila Verde de Ficalho.

**Figura 4:** Concelho de Serpa e as suas Freguesias



**Fonte:** <http://www2.aeserpa.pt/site/index.php/escola-sede/211-sobre-serpa>

Serpa dista da sede de Distrito- Beja, cerca de 30km. No que respeita às suas fronteiras a oeste tem o Rio Guadiana, a Este o Rio Chança, a Norte o Concelho de Moura e a Sul o de Mértola. Situado no interior do Alentejo, o concelho de Serpa é composto por uma vasta superfície de terras aplanadas, elemento característico do relevo de Portugal Meridional (Feio, Mariano, (1987) citados por Diagnóstico Social de Serpa, (2012, p. 15). Recorrendo ainda ao documento supra citado é possível afirmar que o rio Guadiana como linha de água mais importante do Concelho tem o seu leito encaixado profundamente na paisagem a cerca de 100 metros abaixo do nível médio do relevo, criando assim nas suas margens cabeços escarpados de difícil acesso. O rio terá sido uma via de circulação de produtos tendo tido por isso um papel fundamental na estruturação do povoamento proto-histórico da região.

Relativamente aos recursos naturais outrora a população terá tido acesso aos minérios da região, hoje a agricultura e os setores complementares são a principal atividade existente na região. Distinguem-se na região esquerda do Guadiana três regiões mineiras que poderão ter sido exploradas na antiguidade.

No que respeita à população no Concelho de Serpa, segundo os Censos realizados em 2011 esta tinha uma população residente de 15 623 habitantes.

Com um comportamento idêntico aos restantes concelhos Alentejanos, o concelho de Serpa teve um crescimento populacional até à década de 50 do século XX, que estava relacionado sobretudo com a existência da política ruralista e colonizadora do Alentejo desenvolvida pelo Estado Novo. Mas no início dos anos 60, devido aos fluxos migratórios para outros países começou a registar-se uma progressiva diminuição populacional, que se mantém nos dias de hoje. Os grupos etários com maior representatividade no concelho são os dos 25 aos 64 anos e dos 65 ou mais anos. Tendo em conta o Diagnóstico Social (2012, p.17) é possível constatar que o concelho de Serpa apresenta um comportamento típico dos países desenvolvidos com níveis de natalidade (6,6‰, comparativamente ao Baixo Alentejo, cuja taxa é de 8,0‰) e de mortalidade (16,2‰ no concelho, comparativamente aos 15,9‰ no Baixo Alentejo), valores baixos de população jovem e elevada proporção de idosos. Destacando-se a perda de população residente, principalmente a população ativa e a baixa taxa de fecundidade que potencia o envelhecimento da população que reside no concelho. O Concelho de Serpa encontra-se integrado na região de tipologia 6 recebendo por isso a designação de Território Envelhecido e Economicamente Deprimido, pois é um território marcado pela ruralidade que apresenta um peso preponderante na agricultura da agricultura ao nível económico e ao nível de emprego.

As raízes agrícolas existentes no Concelho de Serpa, hoje aliadas aos novos desafios lançados pelo Alqueva, são fatores determinantes para que a agricultura se possa tornar um dos pilares estruturantes do concelho. No Concelho a área de instalada de regadio é uma das maiores do país.

Em Serpa existe uma grande qualidade de produtos reconhecidos pela Denominação de Origem Protegida (DOP), como é o caso do Azeite, Mel, Queijo



e Vinho e pela Indicação Geográfica Protegida (IGP), no caso do Borrego. Produtos estes bem presentes a quando da Feira do Queijo que se realiza no mês de Fevereiro em Serpa, por forma a mostrar o que de melhor se faz na região e a potenciar o turismo, que é extremamente importante para a subsistência das pequenas superfícies comerciais onde encontramos sobretudo produtos regionais entre outros, mas não esquecendo também as varias unidades de alojamento e os restaurantes de comida tipicamente Alentejana.

No que concerne ao emprego, o Concelho dispõe de pouca indústria, destaca-se como grande empregador a Câmara Municipal de Serpa, o setor terciário correspondente ao comércio e a administração pública. De acordo com os Censos de 2011 esse indicador regista no concelho um valor de 13,83% e 13,86% de Portugal e do Baixo Alentejo respetivamente. A taxa de analfabetismo no concelho é de 13,09%, comparativamente à média nacional que se situa nos 5,23 % (INE, Censos de 2011).

Analisando o Diagnóstico Social do Concelho de Serpa (2012, p. 41) é possível verificar algumas Necessidades/ Problemas críticos ao nível da cidade, das crianças, jovens e família, no que diz respeito a estratégias ao nível da pobreza/ vulnerabilidade e exclusão social, estratégias de intervenção na diversidade cultural e ao nível das estratégias do envelhecimento ativo. Tendo em conta as estratégias relacionadas com o envelhecimento ativo, as Necessidades/ problemas críticos encontrados são:

- Insuficiência de Formação a diferentes níveis e categorias profissionais (Técnicos, prestadores de cuidados, famílias, e outros);
- Fragilidades na aplicação do Plano Nacional de Saúde para Idosos no que diz respeito aos cuidados paliativos integrados;
- Insuficiente rede de serviços necessários, qualificados e preparados para pessoas em situação de dependência e para as novas exigências dos futuros idosos;
- Ausência de processos que desencadeiem ações para a auto capacitação e empowerment ao longo da vida;
- Reforço de medidas que valorizem e reconheçam a condição da pessoa idosa;

- Insuficiente resposta / cobertura e apoio a pessoas idosas e famílias prestadoras de cuidados. (Diagnostico Social do Concelho de Serpa (2012, p. 62-63).

Relativamente ao envelhecimento registado no Concelho de Serpa do ano de 2001 para o ano de 2011 registou-se um decréscimo da população residente de 16723 para 15500 indivíduos, situação agravada devido a inexistência/insuficiência de empregos e com a emigração da população. Dados facultados pelos censos mostram que os mais velhos são mais de metade dos indivíduos em idade ativa, tendo sido registados apenas 103 nascimentos no ano de 2011.

Tendo em conta o documento mencionado anterior mente:

*“O concelho conta com um total de 5789 pensionistas. Destes, 540 recebem subsídio por invalidez, 3780 por velhice e 1469 por sobrevivência.”* (Diagnostico Social de Serpa, (2012, p.58).

No que respeita às respostas sociais existentes no Concelho de Serpa dirigidas à população dependente ou com baixos níveis de autonomia verifica-se que a resposta mais urgente é o acolhimento em Lar (ERPI) sendo esta insuficiente face à procura. Recorrendo à Carta Social, as respostas sociais existentes no Concelho de Serpa são as constantes na tabela 8:

**Tabela 8:** Respostas Sociais para Idosos no Concelho de Serpa

<b>Serpa</b>		
<b>Lar de São Francisco</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	120	98
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	60	44
<b>Brinches</b>		
<b>Lar de idoso Centro Social e Paroquial de Brinches</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	45	40
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	30	24
<b>Centro de Dia</b>	40	5

<b>Pias</b>		
<b>Fundação Visconde de Messangil</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	47	42
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	60	39
<b>Lar de São José</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	57	57
<b>Vila Verde de Ficalho</b>		
<b>Centro Social S. Jorge e Senhora das Pazes</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	30	22
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	30	22
<b>Centro de Convívio</b>	45	9
<b>Centro de Dia</b>	60	23
<b>Vila Nova de São Bento e Vale de Vargo</b>		
<b>Lar de São Bento</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Utentes</b>
<b>Estrutura Residencial para pessoas idosas</b>	41	41
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	30	31
<b>Centro de Dia</b>	12	12

**Fonte:** Criado pela investigadora com informação da carta social:  
[http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=02&cod\\_concelho=13&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=02&cod_concelho=13&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false)

Da observação da tabela acima cujos valores de capacidade e utentes foram atualizados no mês de Janeiro de 2019 pode concluir-se que das seis respostas existentes apenas existe capacidade para 346 indivíduos idosos, sendo que são apenas 313 utentes a usufruir de alguma das respostas sociais. Destacam-se as Estruturas residenciais com maior capacidade para utentes e também elas com os valores mais elevados de adesão. Não existe nenhum Centro de Noite no Concelho de Serpa e apenas existe uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados – UCCI Senhora de Guadalupe, equipamento que integra uma unidade de reabilitação e uma unidade de longa duração que tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, esta unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por

período inferior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Por último destaca-se a existência de um Plano de Desenvolvimento Social 2016-2020 (tabela 9) com diversas medidas cuja medida mais importante para este estudo recai ao nível dos cuidadores informais tal como se pode observar na tabela. No entanto até à data da realização da presente investigação a medida não terá saído do papel ou se saiu terá sido em ações pontuais com alunos de alguma das escolas mencionadas.

**Tabela 9:** Eixo 3 do Plano de Desenvolvimento social 2016-2020

OBJETIVO	MEDIDA	GERALOBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEIS
Promover iniciativas de enfoque territorial dirigidas a grupos em risco e/ou situações de exclusão	Voluntariado de Proximidade Projeto Acompanhamento a Apoios a seniores, suas famílias e cuidadores informais	Promover a inclusão social e do bem-estar de Seniores, famílias e cuidadores informais	Nº de idosos e suas famílias/cuidadores apoiados	Aumento de famílias atendidas Aumento de voluntários	Câmara Municipal de Serpa ULSBA Instituto Politécnico de Beja União de Freguesias de Serpa Escola Secundária de Serpa

**Fonte:** Elaborado pela investigadora a partir de: [http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/plano\\_desenvolvimento\\_social20162020.pdf](http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/plano_desenvolvimento_social20162020.pdf)

#### 4.4. Amostra

A escolha da técnica a utilizar para a recolha de informação para uma investigação é feita em função daquilo que se pretende saber. Tendo em conta esse facto, a presente investigação tem como tipo de amostragem a não-probabilística. A amostra não probabilística é selecionada de acordo com um ou mais critérios julgados importantes para o investigador tendo em conta os objetivos do trabalho de investigação que está a realizar. Optou-se por este tipo

de amostra pois a mesma foi selecionada tendo em conta os objetivos definidos para a investigação. Carmo & Ferreira (2008: 215) salientam que:

*“na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. Poderá tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas”.*

A amostra do estudo é constituída por 10 participantes, todos residentes no concelho de Serpa e com idades compreendidas entre os 26 e os 85 anos. No que respeita aos critérios definidos a quando da seleção da amostra foi tido em consideração uma amostra por conveniência. Optou-se por uma amostragem por conveniência pois esta é a que diz respeito à seleção dos elementos de uma amostra tendo em conta a facilidade de acesso à mesma. A amostra foi ainda selecionada tendo em consideração as pessoas que se mostraram disponíveis para responderem às questões colocadas pela investigadora e também tendo em conta o tempo disponível para a realização do estudo. Desta forma, é importante ter em conta que os resultados não podem ser generalizados à população à qual pertence a amostra, por esta apenas corresponder a uma pequena parte da população. No entanto será igualmente importante o seu estudo uma vez que trará certamente bons contributos.

O período de tempo para a realização da presente investigação foi de sete meses.

#### **4.5. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Participaram neste estudo de investigação 10 cuidadores informais de idosos dependentes. Os critérios para a escolha dos participantes foram:

- Residir no concelho de Serpa;
- Ser cuidador Informal de Idoso Dependente não institucionalizado.

**Tabela 10:** Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais

<b>Variável</b>		<b>N=10</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>		2
<b>Feminino</b>		8
<b>Estado civil</b>		
<b>Solteiro</b>		2
<b>Casado</b>		7
<b>Viúvo</b>		0
<b>Divorciado</b>		0
<b>Escolaridade</b>		
<b>4º ano</b>		2
<b>6º ano</b>		1
<b>9º ano</b>		2
<b>12º ano</b>		5
<b>Ensino superior</b>		0
<b>Situação Face ao emprego</b>		
<b>Ativo</b>		4
<b>Reformado</b>		1
<b>Desempregado</b>		5

**Fonte:** Elaborado pela investigadora com dados recolhidos pela investigadora no período de 20 a 28 de Março de 2019

Tal como é observável na tabela acima, os participantes no estudo, são na sua maioria mulheres, casadas, que possuem o 12º ano de escolaridade e se encontram desempregadas.

## **5. Instrumentos de recolha de dados**

A técnica de recolha de dados utilizada neste estudo foi o inquérito. Optou-se por esta técnica pois é aquela que segundo Quivy & Campenhoudt (1992, p.188) consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, uma serie de perguntas relativas a uma situação social, profissional ou familiar. Por outro lado e tal como afirma Judith Bell (1993, p.118) os inquéritos constituem uma forma rápida e barata de recolher um determinado tipo de informação. O inquérito por questionário permite assim a recolha de informação através de um conjunto de questões formuladas previamente, tal como a investigadora deste estudo vez (apêndice II).

O inquérito realizado pela investigadora tem 36 questões abertas, formuladas tendo em conta o modelo de análise realizado. O inquérito encontra-se por isso dividido em 6 partes, sendo elas:

- i. Perfil social do cuidador informal;
- ii. Perfil do cuidador informal e escala de Zarit;
- iii. Trajetória enquanto cuidador informal;
- iv. Visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador;
- v. Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e/ou profissional;
- vi. Perfil do idoso dependente e aplicação do índice de Katz.

Aplicou-se a escala de Zarit por forma a avaliar o nível de sobrecarga do cuidador e o índice de Katz por forma a perceber qual o grau de dependência de cada um dos idosos.

Para o preenchimento deste questionário foi usada a entrevista face a face ao cuidador informal.

### **5.1. Perfil social do cuidador informal**

A primeira parte do inquérito correspondente ao perfil social do cuidador informal pretendeu a recolha de informação sobre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais de idosos dependentes, tendo em conta a amostra definida, para se proceder à sua caracterização. Este inquérito integra questões como a idade, o sexo, o estado civil, a composição do agregado

familiar, a escolaridade, a condição perante o trabalho, a profissão e a residência.

## **5.2. Perfil do cuidador informal e escala de Zarit**

Na segunda parte do inquérito, correspondente ao perfil do cuidador informal pretendeu-se recolher informação sobre a caracterização da prestação de cuidados, o tempo da prestação de prestação de cuidados, assim como as dificuldades e as motivações inerentes ao ato de cuidar. Para tal a investigadora formulou questões para ficar a saber os cuidados prestados, a existência de divisão de tarefas, a perceção da presença de riscos, o tempo, a sobrecarga, o stresse, as limitações, a experiência, terminando com as razões e o papel do cuidador informal principal.

Foi ainda aplicada a escala de Zarit, que avalia a sobrecarga dos cuidadores informais. Esta é composta por 22 itens pontuados de 0 a 4 pontos, onde 0 corresponde a nunca, 1 quase nunca, 2 às vezes, 3 bastantes vezes e 4 sempre. A pontuação máxima é 88 pontos. Quando a pontuação é  $\leq 21$  à ausência de sobrecarga, quando se situa entre 21 e 40 a sobrecarga é moderada, entre 41 e 60 a sobrecarga é moderada a severa e por fim,  $\geq 61$  a sobrecarga é severa.

## **5.3. Trajetória enquanto cuidador informal**

Na terceira parte do inquérito pretendeu-se compreender o percurso do cuidador informal. Desta forma as questões elaboradas tem por objetivo perceber as mudanças que ocorreram na vida dos cuidadores informais a quando do início da prestação de cuidados, o que os levou a assumir o papel de cuidador, se se encontram capacitados para cuidarem de idosos dependentes, as suas inseguranças futuras e qual a sua visão perante a possibilidade da institucionalização.



#### **5.4. Visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador**

Na quarta parte do inquérito pretendeu-se auscultar os inquiridos sobre a possibilidade da criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador em Serpa.

#### **5.5. Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e/ou profissional**

Na quinta parte do inquérito quis-se perceber qual a flexibilidade laboral dos cuidadores informais, percebendo de que forma conciliam o seu dia-a-dia de trabalho com o ato de cuidar.

#### **5.6. Perfil do idoso dependente e aplicação do índice de Katz**

Por ultimo na sexta parte do inquérito tentou-se perceber o perfil do idoso dependente tendo os inquiridos sido questionários sobre a origem da dependência dos idosos a seu cargo e sobre a possibilidade destes poderem ficar sozinhos. Procedeu-se à aplicação do índice de Katz para avaliar o grau de dependência dos idosos, ficou-se também a saber quais as suas idades. O índice de Katz é composta por 10 questões sobre as atividades básicas da vida diária (comer, lavar-se, vestir-se, arranjar-se, controlo de esfíncteres, levantar-se, deslocar-se, ir à casa de banho e subir as escadas) é pontuado numa escala de 0 que corresponde a independente, 1 vigilância ou ajuda mínima, 5 ajuda parcial e 10 totalmente dependente, podendo a sua pontuação máxima ser de 100. Considera-se que quando a pontuação obtida no índice de Katz é 0 pontos o individuo é independente, quando varia de 1 a 20 pontos existe uma dependência ligeira, quando varia de 21 a 40 a dependência é moderada, se obtiver uma pontuação entre 41 e 70 pontos está perante uma dependência grave e se a pontuação obtida for maior ou igual a 71 pontos o individuo é totalmente dependente.

## 6. Procedimentos

Segundo Quivy & Campenhoudt (1992:25) o procedimento é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Para que um projeto seja viável e exequível é necessário percorrer uma serie de etapas. Neste sentido numa primeira fase foi escolhido o tema e formulado pela investigadora um Pré-Projeto da Investigação, que ao longo das etapas tem vindo a sofrer alterações necessárias para a boa compreensão e alinhamento de todo o projeto. Posteriormente procedeu-se à pesquisa bibliográfica e análise documental acerca das temáticas identificadas. De seguida definiu-se qual o desenho da investigação através do estudo empírico, aplicaram-se os inquéritos recorrendo ao guião previamente elaborado pela investigadora e também se aplicaram os índices de Zarit e Katz. Procedeu-se ainda à realização de uma caracterização do meio, relativa ao Concelho de Serpa, e por fim analisaram-se os elementos recolhidos com os inquéritos e os índices. Procedeu-se à realização de uma proposta de Projeto de Intervenção, para a criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal em Serpa- de Serp@Cuid@.

Tendo em conta Guerra (2002, p. 170), todo o projeto de intervenção deve conter um plano de ação que consiste em descrever de forma detalhada e sistemática, aquilo que se pretende fazer, quando se pretende fazer, quem será responsável da realização de determinada tarefa e quais serão os recursos necessários. O Plano de Ação deve ser portanto, realizado após a definição das estratégias de intervenção. A autora considera que o Plano de Ação deve realizar-se em torno das seguintes questões:

- “Porque é que deve ser feito? (relação com os objetivos);
- O que é que deve ser feito? (atividades e tarefas, pessoal e distribuição das responsabilidades, recursos necessários...);
- Onde deve ser feito?
- Quando deve ser feito?
- Como deve ser feito (meios e métodos).” (Guerra, (2002, p.171).

Desta forma, tendo em conta a autora formulou-se o Plano de Ação que conta na Tabela 11.

Tabela 11: Plano de ação

Atividade	Objetivos específicos	População alvo	Local de realização	Data	Hora	Recursos		
						Humanos	Materiais	Financeiros
<b>Pesquisa bibliográfica e documental acerca da temática identificada</b>	Definição da pergunta de partida e dos objetivos do estudo; Construção de fundamentação teórica subjacente à pergunta de partida.	-----	Biblioteca	Outubro de 2019- Dezembro de 2019	-----	Investigadora	Livros Computador com ligação à internet	Sem custos
<b>Definição e conceção da metodologia</b>	Escolha da metodologia (instrumentos e procedimentos)	-----	Biblioteca	Janeiro de 2019	-----	Investigadora	Livros	Sem custos
<b>Caracterização da amostra</b>	Conhecer a população - alvo	Cuidadores informais de idosos dependentes	Biblioteca	Fevereiro de 2019	-----	Investigadora	Computador com ligação à internet Telemóvel	<b>Sem custos</b>
<b>Aplicação do inquérito e escala de zarit e índice de Katz</b>	Recolha de informação acerca da amostra escolhida.	Inquirido I; II;III;IV;V;VI; VII;VII;IX;X	Residências dos cuidadores	1 de Março de 2019	9h 10h 11h 14h 15h	Investigadora	Gravador Guiões Caneta	Impressão dos inquéritos Transporte
<b>Análise e tratamento dos inquéritos</b>	Tratamento de informação recolhida	-----	Biblioteca	Março de 2019	-----	Investigadora	Computador e gravações	Sem custos
<b>Proposta de projeto de intervenção</b>	Propor criação de Gabinete de Apoio ao Cuidador	-----	Biblioteca	Abril de 2019	-----	Investigadora	Livros Computador do acesso à internet	Sem custos

Fonte: Elaborado pela investigadora

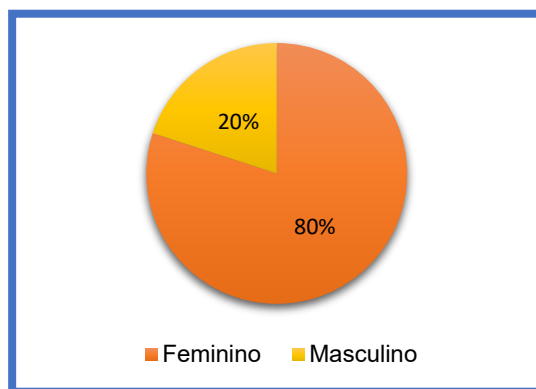
## 7. Apresentação e análise de resultados

Neste tópico serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação. Assim tendo presente a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos nomeadamente através do inquérito procurou-se analisar e refletir sobre a necessidade de criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador em Serpa.

### 7.1. Perfil social do cuidador informal

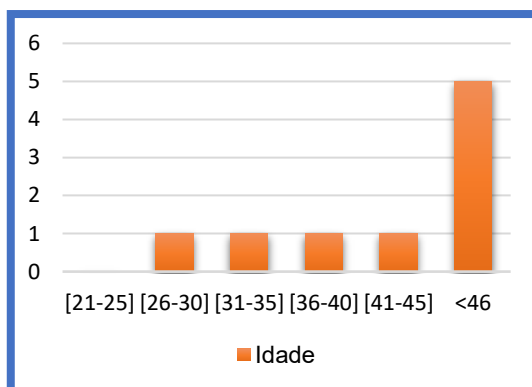
O universo em análise é constituído por dez indivíduos, que numa base informal não remunerada, prestam cuidados a pessoas idosas que lhes são próximas. Todos os inquiridos residem no concelho de Serpa. Relativamente ao género, 80% dos inquiridos são do género feminino e 20% do género masculino (Gráfico 3).

**Gráfico 3: Género**



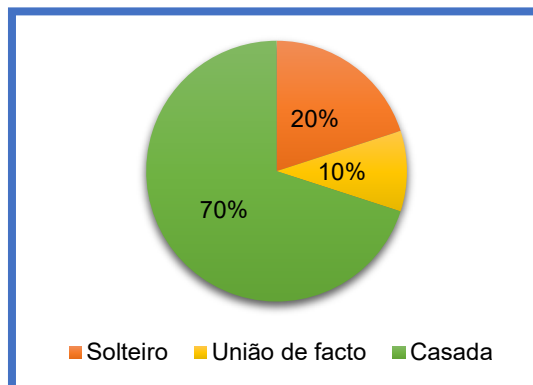
No que respeita às idades verificou-se que a maioria dos cuidadores informais têm idades compreendidas entre os 26 e os 85 anos (Gráfico 4).

**Gráfico 4: Idade dos cuidadores informais**



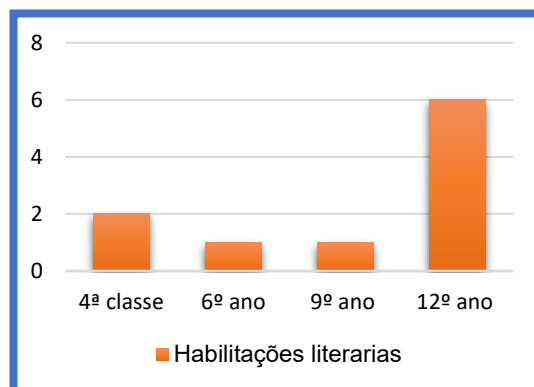
Quanto ao estado civil (Gráfico 5), verificou-se um predomínio de indivíduos casados (70%) em relação aos solteiros (20%) e aos que vivem em união de facto (10%).

**Gráfico 5: Estado Civil**



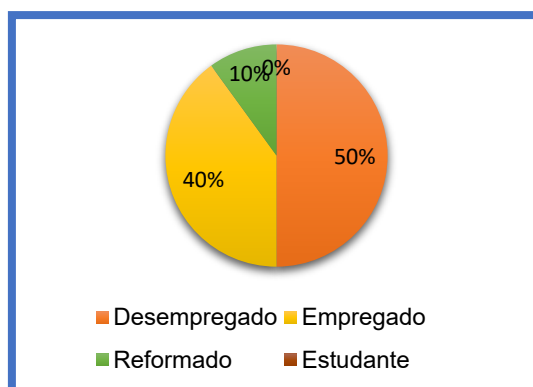
Verificou-se que a escolaridade, dos cuidadores informais inquiridos é relativamente alta. Mais especificamente 60% têm o 12º ano (Gráfico 6).

**Gráfico 6: Habilitações literárias**



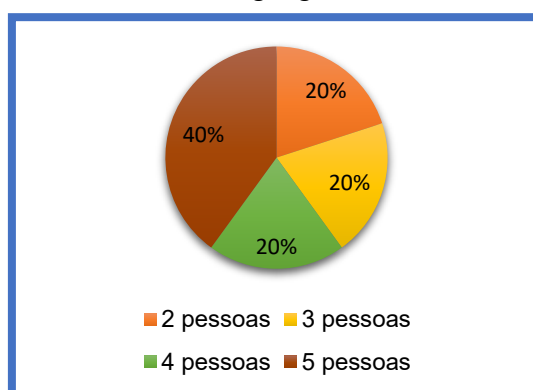
Em relação à situação laboral constatou-se que 50% dos cuidadores informais encontram-se desempregados, 40% está empregado, 10% reformado e nenhum está a estudar (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Situação Laboral**



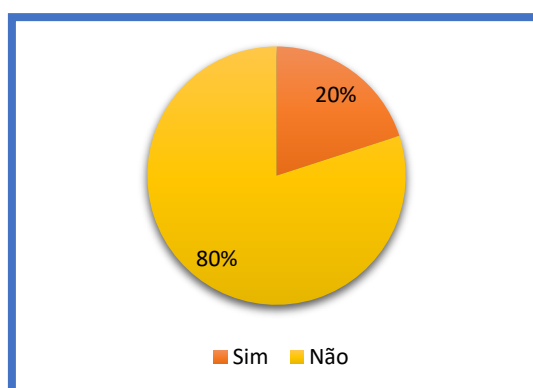
O agregado familiar dos cuidadores informais é constituído na sua maioria por 5 indivíduos (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Agregado familiar**



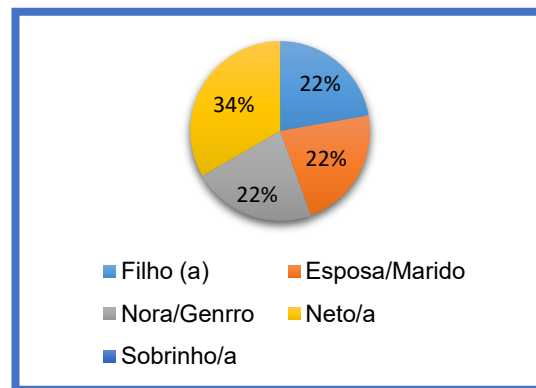
Já em termos de coabitação verificou-se que 80% dos cuidadores informais vive com o idoso dependente a quem presta cuidados, apenas 20% já vivia com o idoso ou o idoso é que mudou a sua residência para a casa do cuidador informal (Gráfico 9).

**Gráfico 9: Coabitação com a pessoa de quem cuida**



Quanto ao grau de parentesco do cuidador informal com a pessoa idosa de quem cuida (Gráfico 10), verifica-se que 34% são netos/as e 22% são respetivamente filhos/as, esposa/marido ou sobrinhos/as.

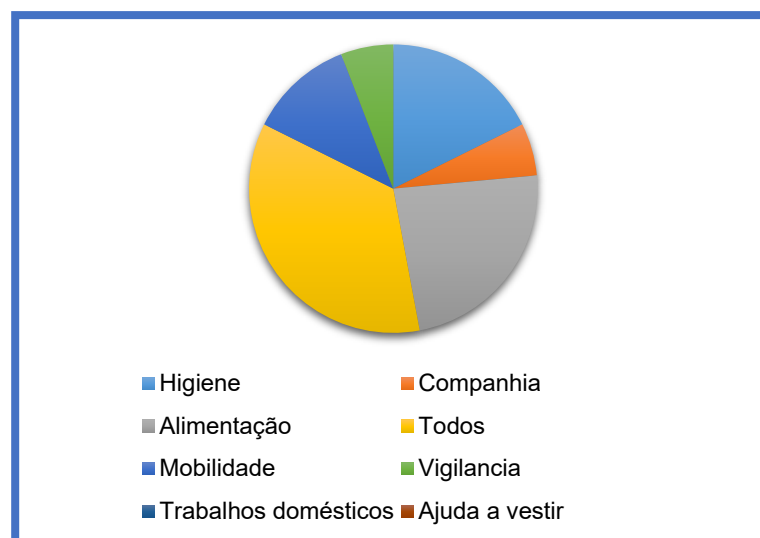
**Gráfico 10:** Grau de parentesco com a pessoa idosa



## 7.2. Perfil do cuidador informal e escala de Zarit

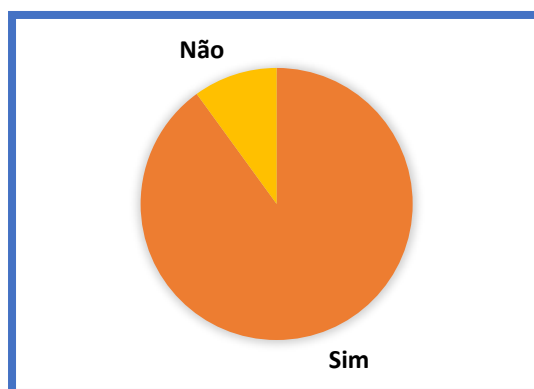
À questão “Quais os cuidados que presta ao idoso dependente?” 60% dos inquiridos responderam que assumiam todos os cuidados, sendo que nas restantes respostas predomina como cuidado prestado a alimentação e a higiene (Gráfico 11).

**Gráfico 11:** Cuidados prestados aos idosos dependentes



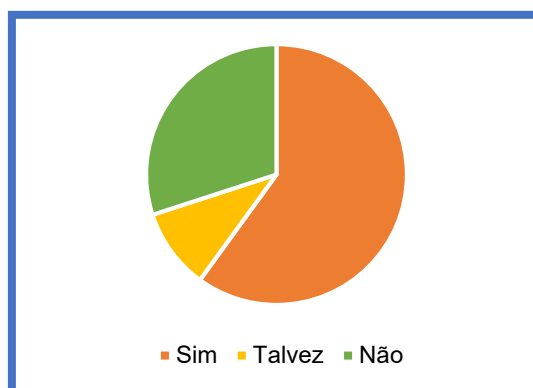
Quanto à partilha da responsabilidade da prestação de cuidados 90% assume ter alguém com quem pode contar (Gráfico 12).

**Gráfico 12:** Partilha da responsabilidade da prestação de cuidados



Relativamente aos riscos existentes enquanto cuidador informal 70% responderam que sim conhecem essa existência, predominantemente ao nível físico e psicológico (Gráfico 13).

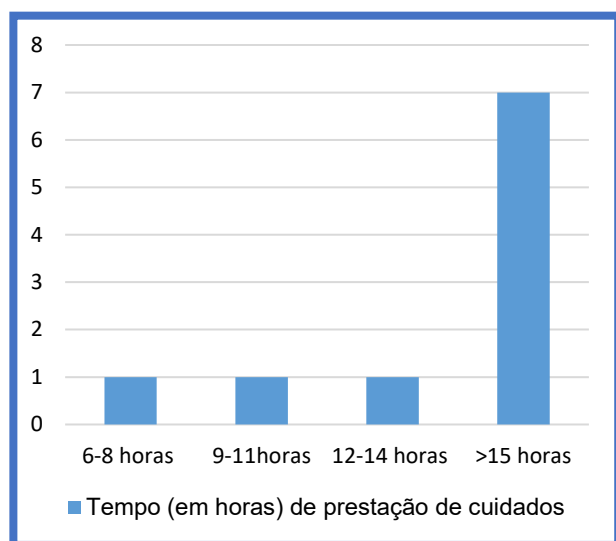
**Gráfico 13:** Perceção quanto ao risco existente no ato de cuidar



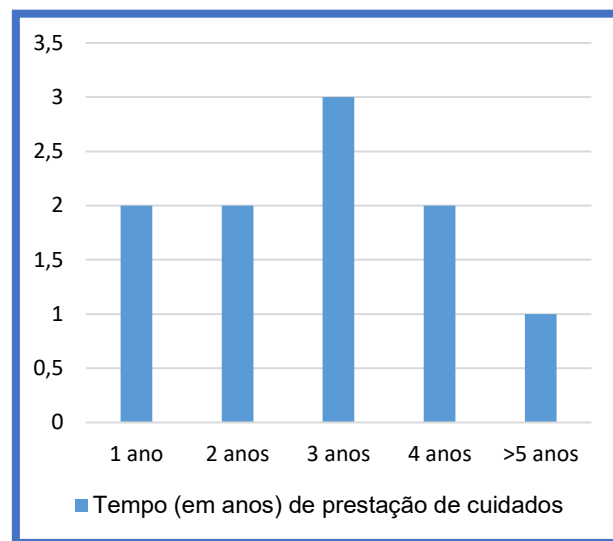
70% dos cuidadores informais inquiridos referem que prestam cuidados durante todo o dia (Gráfico 14), os restantes não o fazem por motivos profissionais, no entanto alguém fica no seu lugar. Todos os cuidadores informais participantes no estudo prestam cuidados à mais de um ano (Gráfico 15).



**Gráfico 14:** Tempo (em horas)  
de prestação de cuidados

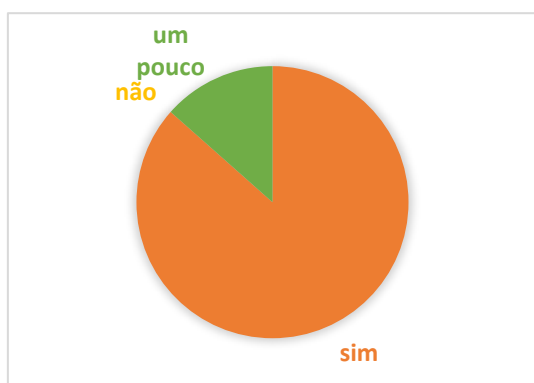


**Gráfico 15:** Tempo (em  
anos) de prestação de cuidados



À questão “Sente-se de alguma forma sobrecarregado devido aos cuidados que presta?” todos os inquiridos responderam sim (Gráfico 16), no entanto nem todos consideram que o ato de cuidar causa stress (Gráfico 17).

**Gráfico 16:** Sentimento de  
Sobrecarga

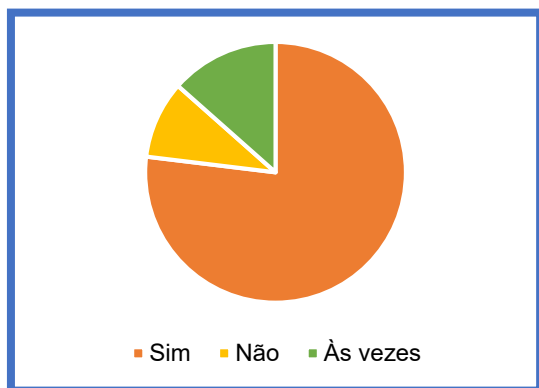


**Gráfico 17:** Sensação  
de stress causada pelo ato  
de cuidar

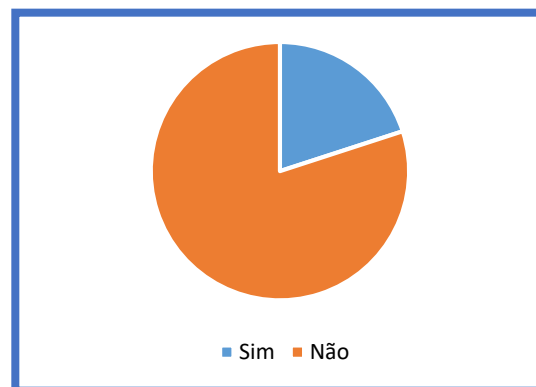


Dos inquiridos 80% sente dificuldades no que toca à prestação de cuidados (Gráfico 18) e apenas 20% já tinha prestado cuidados anteriormente (Gráfico 19).

**Gráfico 18:** Dificuldade na prestação de cuidados



**Gráfico 19:** Prestação de cuidados anteriormente

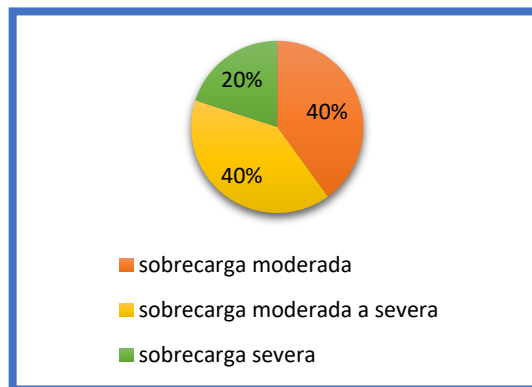


As motivações que levam os cuidadores informais a assumirem esse papel são variadas:

- “Assumi o papel de cuidadora pois essa era a vontade da minha sogra, vontade esta expressa enquanto esteve lucida.”
- “Como é meu marido enquanto eu conseguir serei eu a cuidar dele.”
- Não há mais ninguém.”
- “Sou eu que estou mais presente pois vivemos juntos. Tenho mais disponibilidade.”
- “Apos a minha tia falecer e como sou a pessoa mais próxima do meu tio, tomei a iniciativa de o convidar a vir viver comigo e com o meu marido.”
- “Foram as circunstâncias, todos os netos se forma embora, então nós somos os que estamos mais próximos.”
- “Sou cuidadora do meu pai pois sou filha única.”
- “O falecimento da minha mãe.”
- “Querer ajudar.”
- “ Assumi esse papel por ter uma casa que pode proporcionar a 100% o conforto que a minha avó necessita.”

No que respeita à escala de Zarit 40% dos cuidadores informais sofre sobrecarga moderada, 40% sofre sobrecarga moderada ou severa e 20% sobrecarga severa (Gráfico 20).

**Gráfico 20:** Nível de sobrecarga (Escala de Zarit)



### 7.3. Trajetória do cuidador informal

À questão “o que o motivou a assumir o papel de cuidador informal?”, as respostas foram variadas, de entre elas destacam-se “o facto de não haver mais ninguém”, o facto de “haver poucos serviços”, a “disponibilidade” a “obrigação” e o não querer recorrer à institucionalização.

Desde que os cuidadores informais assumiram esse papel a maior parte afirma ter deixado de ter tempo para si próprio.

**Gráfico 21:** Preparação para assumir o papel de cuidador informal

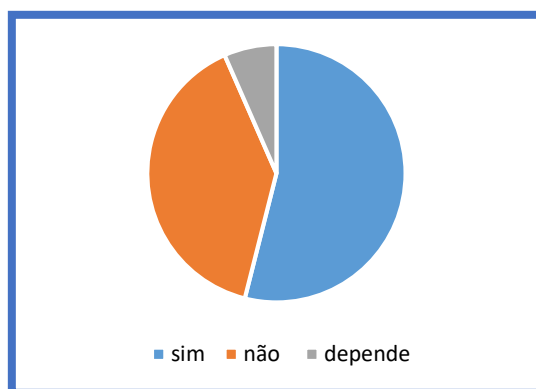


Dos inquiridos 50% afirma estar preparado para assumir os cuidados no entanto todos afirmam nunca ter feito formação na área. Em relação às dúvidas sobre os cuidados a prestar 40% dizem não procurar qualquer tipo de informação.

À pergunta “ Olhando para o futuro enquanto cuidador informal, o que mais o assusta? ” as respostas não foram unânimas, verificaram-se assim respostas como “ já nada me assusta”, “ficar sozinha”, “algo inesperado, a morte”, “ a doença” e o “agravamento da situação”, por exemplo.

Relativamente à possibilidade de recorrer à institucionalização (Gráfico 22) 60% dos inquiridos diz que não optaria por essa via e 10% refere que dependia das circunstâncias e do momento.

**Gráfico 22:** Possibilidade de institucionalização do idoso



#### **7.4. Visão relativa à criação do Gabinete de Apoio ao cuidador informal**

Dos inquiridos 80% assumem que gostariam de integrar o grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados.

Todos os inquiridos gostariam de beneficiar da rede de voluntariado do cuidador. Já 90% dos cuidadores gostaria de receber formação para melhor cuidar.

Nenhum dos cuidadores ouviu falar do Manual do Cuidador criado em 2014. Relativamente ao apoio psicológico 70% afirma não querer. Todos afirmam que deveria haver um local onde se pudessem dirigir para ter aconselhamento.

Em relação à pergunta “de que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de empreendedorismo social, pode minimizar a

sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa?” todos afirmam que este gabinete seria uma mais-valia.

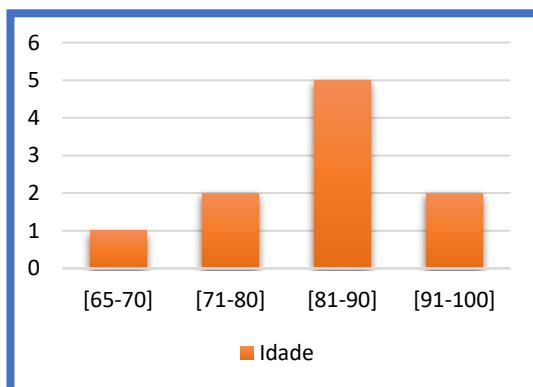
### 7.5. O ato de cuidar e a vida diária/ profissional

Tendo em conta a questão “ Sente que tem flexibilidade laboral compatível com o ato de cuidar?”, apenas 1 afirmou não o ter, e 3 afirmaram às vezes.

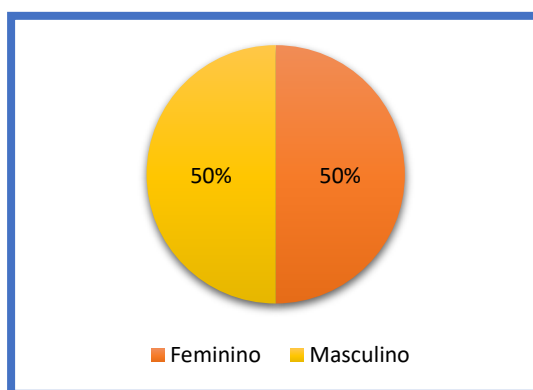
### 7.6. Perfil do idoso dependente e índice de Katz

No que respeita ao perfil do idoso dependente estes apresentam idades compreendidas entre os 70 e os 95 anos (Gráfico 23), sendo 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino (Gráfico 24).

**Gráfico 23: Idade do idoso**



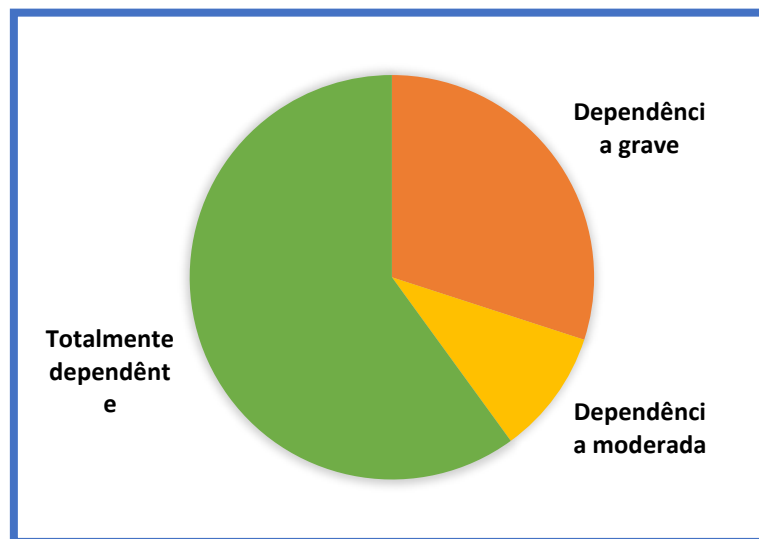
**Gráfico 24: Gênero do idoso**



Em todos, a origem da sua dependência é o envelhecimento, no entanto 9 acrescentam a agravante da doença. Apenas 2 dos cuidadores afirma que os idosos podem ficar sós em casa por pouco tempo.

Tendo em conta o Índice de Katz constata-se que 1 apresenta dependência moderada, 3 dependência grave e os restantes 6 são totalmente dependentes (Gráfico 25).

**Gráfico 25: Índice de Katz**



## **8. Discussão dos resultados**

Após a apresentação dos principais resultados podemos chegar a algumas conclusões relativas às questões fundamentais deste estudo, por forma a compreender de que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa.

Primeiramente destaca-se o facto da caracterização sociodemográfica ser semelhante a outros estudos consultados, nomeadamente no que respeita ao género, idade dos cuidadores informais, à coabitação e até mesmo ao estado civil e à escolaridade. Por exemplo, Stone, Cafferata e Sangl (1987) citados por Muller (2014, p.20), numa das suas investigações, sobre o perfil dos cuidadores informais de idosos referem que na maior parte dos casos, estes apresentam uma idade avançada e são sobretudo mulheres, sendo estas casadas, com baixa escolaridade, sem atividade profissional, com poucas expectativas em relação ao futuro do idoso sendo desprovidas de informação sobre a situação e em relação aos cuidados adequados a prestar. Ideia esta também reforçada por Pimenta, Costa, Gonçalves & Alvarez (2009) citados por Muller (2014, p.21) que refere o facto dos cuidadores informais serem mulher numa faixa etária de cinquenta e cinco anos.

No que respeita à coabitação, verificou-se um elevado número de cuidadores informais a coabitar com o idoso dependente, facto este que pode ser explicado pelo grau de parentesco com a pessoa idosa ou com uma eventual mudança ocorrida devido a melhores condições habitacionais, por forma a assegurar melhor conforto a ambos, por exemplo.

Quanto ao grau de parentesco Sequeira (2010) citado por Serra e Gemito (2013, p.139) refere ser: “(...) o cônjuge em primeiro lugar, seguido dos filhos (as) e noras que assumem o papel de papel primário, devido á sua proximidade afetiva e tendo em conta as responsabilidades a assumir no matrimonio, por solidariedade familiar ou conjugal (casam para se manterem unidos “na saúde e da doença”), por sentidos de gratidão e de reciprocidade para com aquele de quem se cuida e por obediência às normas e padrões socioculturais”, no entanto de acordo com os dados obtidos verificou-se que são

os netos(as) as que mais prestam cuidados, aparecendo de igual forma os sobrinhos, nora/genro, filhos(as) e Esposas/Maridos.

Na maioria dos casos todos os cuidados são necessários aos idosos dependentes, Segundo Sequeira (2010) as tarefas variam consoante o estado em que se encontra o idoso, isto porque no caso de um idoso estar dependente estas tarefas intensificam-se, sendo este papel por período indeterminado.

Relativamente à sobrecarga todos os cuidadores, apesar de partilharem a responsabilidades dos cuidados, sentem-se sobrecarregados. Tal facto foi facilmente comprovado a quando da aplicação da escala de Zarit, onde se verificou que 40% dos cuidadores sofrem de sobrecarga moderada e igualmente de sobrecarga moderada severa, sendo que 20% sofre de sobrecarga severa. No que toca às dificuldades na prestação de cuidados um número elevado de cuidadores informais diz ter dificuldades, o que pode ter a ver com o facto de não terem prestado cuidados anteriormente ou não terem onde colocar as suas dúvidas e até mesmo pela falta de formação.

Por ultimo, quanto ao perfil do idoso dependente a maior parte encontra-se numa faixa etária entre os oitenta e um e os noventa anos, sendo a origem da sua dependência o envelhecimento. De acordo com o Índice de Katz, mais de metade dos idosos dão totalmente dependentes, aparecendo com grande valor os que apresentam dependência grave.

Através da análise de todos os dados podemos verificar que existe a necessidade da criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador em Serpa que assegure a capacitação dos cuidadores bem como esteja apto a satisfazer as suas necessidades apoiando-os quer na tomada de decisões como na prestação de informação e encaminhamento. É fundamental a existência deste gabinete por forma a desenvolver a parte social do Concelho de Serpa e para fazer a ponte com outras instituições, por forma a ganhar fortes parcerias, fundamentais para o bom funcionamento do mesmo e para uma prestação de serviços de qualidade.



### **Parte III: Proposta de projeto de Intervenção**

#### **9. Proposta de um projeto de intervenção**

Os projetos de intervenção são cada vez mais recorrentes na nossa sociedade. Estes tem por principal objetivo colmatar a escassez de recursos existentes. Permitem a criação de novos empregos e tentam resolver problemas diagnosticados. É fundamental conhecer para intervir. Tendo em conta a atualidade, é fundamental debruçarmos o nosso olhar sobre os cuidadores informais e sobre os idosos. Neste sentido, com base nos dados recolhidos em inquérito, foi possível traçar um diagnóstico que reflete as necessidades dos cuidadores informais e idosos estudados. Resolveu-se então criar uma proposta de Projeto de Intervenção. Para Guerra (2002, p.126):

*“Um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder.”* (Cf. Guerra, 2002, p.126).

A autora supra citada acrescenta ainda que o projeto é baseado num conjunto de ações que posteriormente serão executadas, com o objetivo principal de resolver os problemas identificados. Assim um projeto de intervenção tem como finalidade contribuir para a modificação de problemas e ou situações. Por outro lado Batista (2000, p.101) afirma que:

*“O projeto é o documento que sistematiza e estabelece o traçado prévio da operação de um conjunto de ações. É a unidade elementar do processo sistemático de racionalização de decisões.”* (Cf. Batista, 2000, p.101).

O projeto de intervenção “Serp@Cuid@”, surge no âmbito do trabalho de investigação desenvolvido anteriormente, tendo por base a pesquisa bibliográfica efetuada e os dados recolhidos após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Este tem como objetivo dar resposta às necessidades detetadas junto da população estudada.

### **9.1. Caraterização do projeto**

O projeto para a Criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador, surge da real necessidade em desenvolver a vertente social no concelho de Serpa. É fundamental haver um espaço de apoio onde os cuidadores informais possam ir tirar as suas dúvidas e recorrer sempre que necessário. É necessário que os idosos tenham também onde se dirigir.

### **9.2. Designação do projeto**

O projeto aqui proposto designa-se Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal Serpa@Cuid@ e destina-se a todos os idosos e cuidadores informais do concelho de Serpa, tendo por principal objetivo a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, através de ações concretas que irão permitir a facilitação do ato de cuidar e facilitar o acesso dos mesmos a diversos serviços. Será importantíssimo que os cuidadores informais adiram ao projeto assim como todos os idosos que dele necessitem. Para tal pretende-se criar meios de divulgação acessíveis a este público-alvo.

### **9.3. Objetivos**

O Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal Serp@Cuid@ pretende ser uma resposta inovadora, no âmbito das necessidades dos cuidadores e idosos, mas também uma resposta complementar às estruturas de apoio já existentes. Por esse motivo, o Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal Serp@Cuid@ será um espaço onde o cuidador informal e o idoso poderão recorrer a um atendimento e um acompanhamento social e psicológico, a título gratuito ou mediante pagamento de uma quantia simbólica, que servirá para ajuda de custos. O acompanhamento social deverá ser prestado por uma equipa multidisciplinar, que facilitará e orientará os cuidadores no acesso aos seus direitos e no acesso a serviços e estruturas que promovam melhorias na sua qualidade de vida e na prestação de cuidados já o acompanhamento psicológico será individualizado, Irão ser disponibilizados uma serie de serviços tais como:

- Workshops e ações de sensibilização: direcionadas aos cuidadores informais e à população em geral com o intuito de haver uma capacitação relativamente ao ato de cuidar;
- Descanso do cuidador: onde o cuidador se possa ausentar deixando o seu dependente entregue a profissionais da área dos cuidados de saúde, em contexto doméstico;
- Serviço de entregas ao domicílio: como é o caso de bens alimentares, por exemplo;
- Acompanhamento por parte de equipa multidisciplinar;
- Mediação familiar;
- Voluntariado de Proximidade.

Em parceria com as farmácias do concelho e algumas lojas do comércio local o gabinete de apoio ao cuidador informal Serp@Cuid@ irá dar vales de desconto aos cuidadores para a aquisição de produtos na área dos cuidados de saúde e bem-estar físico e mental.

Pretende-se pedir ajuda à Santa Casa da Misericórdia de Serpa e ou à Camara Municipal de Serpa a fim de arranjar uma sede para a execução do projeto. No entanto este projeto poderá ser financiado através de candidaturas externas, seguindo por exemplo a candidatura realizada para financiamento concebido ao Gabinete de Apoio ao Cuidador aberto em Odemira, onde, o projeto para a criação do Gabinete de apoio foi financiado a 70% pelo Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (POISE) e participado a 30% pelo Município de Odemira, enquanto investidor social, e será dinamizado entre novembro de 2018 e dezembro de 2020.

Por forma a avaliar o impacto do projeto no concelho de Serpa será pedido aos seus aderentes que preencham um pequeno inquérito de avaliação dos serviços prestados e onde terão a liberdade de expressar também as suas sugestões para a melhoria dos serviços. Por outro lado a avaliação irá recair também no que toca à adesão da população às atividades e serviços propostos.

#### **9.4. Coordenação do projeto e Equipa técnica**

Para avançar com a criação do Gabinete de apoio ao Cuidador será necessária a criação primeiramente da Associação, arranjar instalações e depois proceder a candidaturas por forma a conseguir-se financiamento para o projeto.

No que toca aos recursos humanos estima-se que a direção irá ser composta por um(a) Técnico(a) Superior de Serviço Social com propósito de realizar trabalho ao nível da programação, relação, implementação e acompanhamento de todas as fases das atividades a desenvolver. Será criada uma base de dados com voluntários para apoiar na execução das atividades.

No que respeita aos recursos materiais irá ser necessário um espaço que funcionara como sede e onde serão ministradas as formações, tendo em conta a planificação das mesmas e o apoio psicológico em pelo menos 2 dias por semana quando se justifique.

#### **9.5. Público-alvo**

O público-alvo serão todos os cuidadores informais de idosos, os idosos, os voluntários e a população em geral que queira adquirir conhecimentos por forma a realizar uma cabal prestação de cuidados, no concelho de Serpa.

#### **9.6. Planificação da intervenção**

Dados os objetivos deste projeto importa primeiramente criar parcerias com as entidades do concelho de Serpa não só para divulgar o projeto mas também para se conseguirem salas que serão utilizadas a quando do atendimento e da formação. É necessário também angariar voluntários para participarem no projeto e partir para a sua capacitação e identificação em base de dados própria para o efeito. Finalmente será necessário divulgar o projeto e começar a reunir um grupo de cuidadores informais.

## **9.7. Breve desenvolvimento das atividades propostas**

O cuidador familiar exerce a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física efetiva, por vezes em contextos muito adversos. Colaboram nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, na administração de terapêutica, na higiene pessoal, nos passeios e outros. Para o exercício da sua atividade, têm necessidade de aprender e treinar formas de poder ajudar a pessoa dependente.

O que se espera alcançar com a criação do Gabinete de Apoio Ao Cuidador Informal Serp@Cuid@ é desenvolver ações de capacitação que sejam realmente benéficas para os cuidadores e para os idosos para que haja uma melhoria evidente dos cuidados prestados. Além disso espera-se que este projeto tenha grande adesão por parte da população.

Inicialmente as áreas de formação serão:

- Higiene corporal;
- Mobilidade;
- Alimentação saudável;
- Cuidador familiar;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Estratégias para evitar a sobrecarga;
- Emoções e sentimentos da pessoa cuidadora;
- Exercícios e técnicas de relaxamento.

A capacitação dos cuidadores informais será bastante benéfica permitindo não só a aquisição de novos conhecimentos como também a função restaurativa/ suporte, permitindo a diminuição da ansiedade, apoio na gestão de emoções, prevenção de estados depressivos ou mesmo apoio no processo de luto. Esta função é relevante para o ajustamento à situação de cuidados, prevenção de sentimentos de culpa e de desvalorização pessoal (autoestima, autoconceito).

Um dos aspetos identificados ao longo da realização do presente Projeto foi a “exaustão do cuidador”. A sobrecarga pode dever-se ao acumular de

esforço, acompanhado de perturbações a nível da gestão emocional (Abreu, 2012). Esta sobrecarga pode estar ligada a diversos fatores que são importantes ter em conta na hora de avaliar os resultados.

## **Conclusão**

Com o aumento da esperança média de vida e o aumento de pessoas idosas dependentes e com doenças crónicas, torna-se importante repensar em respostas integradas de saúde e de apoio social. Não havendo respostas cabais neste sentido existe a criação de inúmeros projetos que servem de apoio e que são fundamentais para garantir a satisfação dos problemas e das necessidades.

O presente trabalho teve por principal objetivo compreender de que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa. Para tal tornou-se imprescindível diagnosticar os problemas que afetam os cuidadores informais de idosos, entender quais as necessidades destes indivíduos, as suas motivações e os seus problemas.

Procedeu-se assim, à caracterização da população por meio de inquérito e aplicação de escalas e índices, a uma amostra correspondente a dez cuidadores informais de idosos dependentes. Amostra esta que mesmo não sendo generalizada a toda a população do concelho de Serpa permitiu ter uma noção do real impacto do ato de cuidar nas suas vidas. Os principais resultados revelaram que mais de metade dos inquiridos são mulheres com idades compreendidas entre os vinte e seis e os oitenta e seis anos, casadas e que coabitam com o idoso dependente. Verificou-se também que a prestação de cuidados é feita todos os dias por mais de seis horas diárias, o que leva a que estes deixem de ter tempo para si próprios e se sintam sobrecarregados com tamanha responsabilidade. De acrescentar que todos os inquiridos se mostraram interessados na criação do Gabinete de Apoio ao cuidador, pois acharam que este poderia ser uma mais-valia no seu dia-a-dia, nomeadamente no que toca à capacitação, à possibilidade do descanso ao cuidador e ao apoio psicológico e ao nível de encaminhamento com outras entidades.

Este estudo finalizou-se, então com a proposta para a criação de um Gabinete de apoio ao cuidador informal designado Serp@Cuid@ que seria uma mais-valia no concelho de Serpa para a minimização da sobrecarga dos cuidadores informais.

## Bibliografia

Abreu, W. (2012). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*, 2ª edição. ed. 2. Coimbra: FORMASAU.

António, S. (2013). *Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento*. In M. Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento* (pp.81-103). Lisboa: PACTOR.

Arber, S & Ginn, J. (1990). *The Meaning of Informal Care: Gender and the Contributions of Elderly People in Ageing and Society*, 10, pp. 429-545.

Associação de Apoio a Demências- Agir no Tempo. (2016). Retrieved from: <http://agirnotempo.com/cuidadores/gabinete%20de%20apoio%20ao%20cuidador.html>.

Bandeira, L; Azevedo, B; Gomes, C; Mendes, F; Baptista, I & Moreira, J. (2012). *Dinâmicas Demográficas e envelhecimento da população portuguesa: a evolução e perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barbosa, A. (2012). *A Relação e a comunicação Interpessoais entre o Supervisor Pedagógico e o Aluno estagiário*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2472/1/AnaMariaBarbosa.pdf>

Barringer, B. R., & Ireland, R. D. (2006). *Entrepreneurship: Successfully Launching New Venture*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Batista, Myrian Veras. (2000). *Planejamento Social intencionalidade e instrumento*, São Paulo, Veras Editora.

Bernardino, S & Santos, J. (s/d). *O perfil do Empreendedor Social em Portugal. Seminário Empreendedorismo e Inovação – Biblioteca Municipal de Oeiras, 9 de Maio de 2014- integrado nas I Jornadas internacionais online de educação, tecnologia e inovação*. Retrieved from: [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7086/1/Artigo%20Semin%C3%A1rio%20Incubcenter\\_2014.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7086/1/Artigo%20Semin%C3%A1rio%20Incubcenter_2014.pdf)



Bessant, J., & Tidd, J. (2011). *Innovation and entrepreneurship*. Italy: John Wiley & Sons Ltd.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Câmara Municipal de Serpa (2012). *Diagnóstico Social do Concelho de Serpa*. Retrieved from: [http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/diagnostico\\_social.pdf](http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/diagnostico_social.pdf).

Câmara Municipal de Serpa (2016). *Plano de Desenvolvimento Social*. Retrieved from: [http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/plano\\_desenvolvimento\\_social20162020.pdf](http://www.cm-serpa.pt/ficheiros/plano_desenvolvimento_social20162020.pdf).

Cardoso, E. (2016). *Perfil e Competências do empreendedor social- o caso da academia UBUNTO*. Instituto Politécnico de Lisboa – Instituto superior de Contabilidade e administração de Lisboa. Retrieved from: [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7253/1/Edm%C3%A9rcio Navaona Cardoso Disserta%C3%A7%C3%A3o MGE20142016 ISCAL.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7253/1/Edm%C3%A9rcio%20Navaona%20Cardoso%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MGE20142016%20ISCAL.pdf)

Carvalho, M. (2013) *Um percurso heurístico pelo Envelhecimento*. In M. Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento* (pp.1-15). Lisboa: PACTOR.

Castilho, A. (2010). *Envelhecimento Ativo/ Envelhecimento Saudável (Monografia de Licenciatura em Enfermagem)*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. Retrieved from: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono\\_AnaCastilho.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf).

Censos. (2011). *Instituto Nacional de Estatística*. Retrieved from: [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmo\\_do=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmo_do=2&selTab=tab1&pcensos=61969554).

Collière, M. (1989). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, A. (2013). *Empreendedorismo como estratégia de desenvolvimento local: o caso Agência DNA Cascais – um concelho empreendedor*. Lisboa:

Universidade Autónoma de Lisboa. Retrieved from:  
<http://repositorio.ual.pt/handle/11144/323>

Crespo- López, M., & López-Martínez, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide.

Dornelas, J. C. (2001). *Empreendedorismo: transformando ideias em negócios*. Rio de Janeiro: Campus.

Ekwall, A.K.; Sivberg, B; Hallberg, I (2007) Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing* v.57(6), pp. 584- 596.

Eurostat (2012) "*Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012*", European Commission, Luxemburg, URL:  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/publication?p\\_product\\_code=KS-EP-11-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-EP-11-001)

Faustino, S. (2017). *Cuidadores Informais e envelhecimento ativo*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from:  
<https://iconline.iplleiria.pt/handle/10400.8/2683>.

Ferreira, M. P., Santos, J. C., & Serra, F.R. (2008). *Ser Empreendedor: Pensar, Criar e Moldar a Nova Empresa*. Lisboa: Sílabo.

Fortin, M. (1996). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Francisco, C. (2012). *Projeto de intervenção Comunitária: Juntos no cuidar*. Beja: Instituto Politécnico de Beja.

Galvão, E. (2010). *Empreendedorismo Social*. Disponível em:  
[www.administradores.com.br/artigos/carreira/empreendedorismo-social/49170/](http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/empreendedorismo-social/49170/)

García, J. (2010). *Los tempos del cuidado: El impacto de la dependência de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Giddens, A. (2008). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GNR. (2017) *Operação censos Sénior 2017- Resultados*. Retrieved from: <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>.

Gomes, B & Martins, M. (2016). *Funcionalidade, autonomia e dependência* In A, Mourim. In *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 29–39). Porto: Enfermagem. Porto.

Grelha, P. (2009). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário: Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Retrieved from: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1090>.

Guerra, I. (2010). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação*. Principia: Cascais.

Henriques, Cristina e Ávila, Rui. *Reabilitar ao Longo do Ciclo de Vida. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta, 2017, IV, pp. 587.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Instituto do Empreendedorismo. Retrieved from: <http://ies-sbs.org/>

Instituto Nacional de Estatística. (2017 a). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Retrieved from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt).

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente em Portugal Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Retrieved from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt),

Jegermalm, M. (2005). *Carers in the welfare state : on informal care and support for carers in Sweden (PhD dissertation)*. Stockholm: Department of Social Work, University, Stockholm. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:du-23647>.

José, SãoJosé; Wall, Karin e Correia, Sónia. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Working papers, ICS-UL. Retrieved from: [www.ics.ul.pt](http://www.ics.ul.pt).

Lei 100/2019 de 06/09/2019

Lopes, A., Martinho, A. L., Pais, C., Parente, C., Costa, D., Guerra, I., ... Diogo, V. (2014). *Empreendedorismo Social em Portugal*. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/>

Martins, C & Moura, N. (2016). *O suporte social para as famílias cuidadoras em Portugal*. In *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp.35-37; 197–208). Porto: Enfermagem. Porto.

Martins, R. (2002). *Envelhecimento Demográfico. Análise Social*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/626>.

Mazini, E. *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e roteiros*. Seminário internacional sobre a pesquisa e estudos qualitativos. Bauru. Retrieved from: [https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini\\_2004\\_entrevista\\_semi-estruturada.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf).

Mongollón, R & Policarpo, F. (2013). *O papel do ensino superior do empreendedorismo no desenvolvimento sustentável da sociedade*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre. Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/264028935>.

Moniz. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa- prática de cuidados como experiencia formativa*. Loures: Lusociência.

Monteiro, C. (2016). *Cuidadores informais de pessoas com demência – percepções e necessidades socioeducativas*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção de Grau de Mestre em Educação Social.

Moraes, M. J., Hashimoto, M., & Albertini, T. Z. (2013). *Perfil Empreendedor: Estudo sobre características Empreendedoras de Motoristas Funcionários, Agregados e Autônomos do Transporte Rodoviário de Cargas*. Revista de ANEGEPE -Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas, 2(1), pp. 132-157.

Moreira, I. (2013) *Envelhecimento ativo e bem-sucedido*. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6496> .

Morim, A. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador: Direitos e Deveres*. In A pessoa dependente & o familiar cuidador (pp. 209–266). Porto: Enfermagem. Porto.

Morris, M. H. (1998). *Entrepreneurial intensity: sustainable advantages for individuals, organization and societies*. London: Quorum Books.

Müller, A. (2014). *Percepções de dependência e autonomia de cuidadores de idosos dependentes : impacto sobre os cuidados prestados e o relacionamento mantido com os idosos*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17311>.

Nazareth, M. (1996). *Introdução à demografia- teoria e prática*. Lisboa: Presença.

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing. Retrieved from: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

Oliveira, E. M. (2003). *Empreendedorismo Social no Brasil: Fundamentos e Estratégias*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista. Franca/SP.

OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=943933E82583FD455BC8ADCD35241744?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=943933E82583FD455BC8ADCD35241744?sequence=6).

ONU. (2002). *International Plan of Action on Ageing*. Madrid: III Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.

Parente, C., & Costa, D. (2011). *Empreendedorismo social: contributos teóricos para a sua definição*, 268–282.

Paúl, C.; & Fonseca, A. (2005) *“Envelhecer em Portugal”* Ed. Climepsi Editores.

Pinheiro, I. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Retrieved from: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2012017.pdf>.

Pinheiro, J. et al. (s/d). *Manual do Cuidador, Cuide de si cuide dos seus. Açores: Direção Regional da Solidariedade Social*. Retrieved from: [http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/0E9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932097/M6\\_Manual\\_Cuidador\\_SITE.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/0E9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932097/M6_Manual_Cuidador_SITE.pdf).

Pradanov & Freitas. (2013) *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho académico*. Brasil: Universidade FEEVALE.

Quivy & Campenhoudt. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. (2007) *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3ª ed.). Porto: Legis Editora.

Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Rodrigues, S. (2008). *Manual Técnico do Formando: “Empreendedorismo”*. ANJE - Associação Nacional de Jovens Empresários e EduWeb. Retrieved from: <http://www.anje.pt/system/files/items/73/original/Empreendedorismo-v10-final.pdf>

Rodrigues, T. et al. (2014). *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança*. Porto: CEPESE / Instituto Hidrográfico. Retrieved from: <http://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/envelhecimento-e-saude-prioridades-politicas-num-portugal-em-mudanca>.

Romão, A; Pereira, A & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos Cuidadores informais*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Santos, I. (2009). *Serviço Social e empreendedorismo*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Sarkar, S. (2007). *Empreendedorismo e Inovação*. Lisboa: Escolar Editora..

Schmidt, S., & Bohnenberger, M. C. (2009). Perfil empreendedor e desempenho organizacional. *RAC Curitiba*, 13(3), pp. 450-467.

Segurança Social. (2016). *Idosos*. Retrieved from: <http://www.seg-social.pt/idosos>.

Segurança Social. (2017). *Guias práticos* - seg-social.pt. Retrieved August 17, 2018, from <http://www.seg-social.pt/guias-praticos?bundleId=283936>.

Segurança Social. *Idosos*. Retrieved from: <http://www.seg-social.pt/idosos>.

Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL – edições técnicas, Lda.

Serafim, F. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. Faro: Universidade do Algarve. Retrieved from <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>.

Serra, I., & Gemito, M. (2013). *Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode?*. Évora: Universidade de Évora. Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10411>.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais*. Porto: Porto Editora.

Sewitch, M.; McCusker, J.; Dendukuri, N. & Yatte, M. (2004) *Depression in frail elders: impact on family caregivers*. *International Journal at Geriatric Psychiatry*, v.19, pp. 655-665.

Silva, H. (2013). *Projeto de intervenção: qualidade de vida e dificuldades de cuidadores informais de idosos com doença mental*. Beja; Instituto Politécnico de Beja.

Simões, Â & Sapela, P. (2017). *Construção social do envelhecimento individual*. Revista Kairós: Gerontologia. ISSN 2176-901X. Vol. 20, nº 2, p. 9-26. Retrieved from: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/5720>.

Stokes, D., Wilson, N., & Mador, M. (2010). *Entrepreneurship*. Singapore: Cengage Learning EMEA.

Teixeira, A. et al. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Retrieved from: [http://rotass.cnis.pt/biblioteca-digital/outros-estudos-de-ambito-nacional-e-internacional/doc\\_cuidador\\_informal\\_vf-set-2017/](http://rotass.cnis.pt/biblioteca-digital/outros-estudos-de-ambito-nacional-e-internacional/doc_cuidador_informal_vf-set-2017/).

Tomás, L. (2012). *A idade no trabalho e o envelhecimento dos trabalhadores*. In M. Sociais (Ed.) (pp. 89 – 111). Lisboa.



# **Apêndices**

## Apêndice I: Inquérito

### Declaração de consentimento informado

**Título do estudo:** Sobrecarga nos cuidadores informais de idosos

Um estudo no concelho de Serpa para a criação de um gabinete de apoio ao cuidador

No âmbito do Mestrado em Desenvolvimento Comunitário e Empreendedorismo, lecionado na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, gostaria de pedir a sua colaboração no estudo supra citado. Pretende-se de forma geral perceber se existe alguma implicação associada ao ato de cuidar quer seja física, social, económica e ou emocional. Por outro lado, pretende-se também averiguar o papel que o cuidador informal desempenha na nossa sociedade e na vida de quem mais precisa e entender de que forma os cuidadores informais gerem o seu quotidiano, assim como perceber quais os meios e apoios que tem à sua disposição. Sendo também investigada a necessidade da existência de um gabinete de Apoio ao Cuidador Informal.

O meu muito obrigado pela sua colaboração!

Cláudia Sousa

#### Cuidador informal

1. Aceito participar no estudo ☐
2. Não aceito participar no estudo ☐

#### Idoso

1. Aceito participar no estudo ☐
2. Não aceito participar no estudo ☐

## **Inquérito a Cuidadores Informais de Idosos dependentes**

<b><i>I: Perfil social do cuidador informal</i></b>	
<b>1. Sexo?</b>	
<b>2. Idade?</b>	
<b>3. Estado civil?</b>	
<b>4. Quais as suas habilitações literárias?</b>	
<b>5. Qual a sua condição perante o trabalho?</b>	
<b>6. Qual a sua profissão?</b>	
<b>7. Contando consigo quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar?</b>	
<b>8. A sua residência foi alterada após se tornar cuidador informal ou é a mesma?</b>	
<b>9. Qual o seu grau de parentesco com a pessoa dependente?</b>	
<b><i>II: Perfil do cuidador informal + Escala de Zarit</i></b>	
<b>10. Quais os cuidados que presta ao idoso dependente?</b>	

<b>11. Partilha a responsabilidade da prestação de cuidados com outra pessoa?</b>
<b>12. Tem a perceção que há riscos para si enquanto cuidador informal? Se sim quais os riscos que considera haver?</b>
<b>13. Quantas horas por dia dedica na prestação de cuidados?</b>
<b>14. Há quanto tempo é cuidador informal?</b>
<b>15. Sente-se de alguma forma sobrecarregado devido aos cuidados que presta?</b>
<b>16. O ato de cuidar causa-lhe stresse?</b>
<b>17. Sente alguma dificuldade a quando da prestação de cuidados ao idoso dependente?</b>
<b>18. Já tinha cuidados de alguém antes?</b>
<b>19. O que o motiva a ser cuidador informal?</b>
<b>20. Qual a causa ou motivo que o levou a assumir o papel de cuidador informal principal?</b>
<b><i>III: Trajetória enquanto cuidador informal</i></b>
<b>21. O que o motivou a assumir o papel de cuidador?</b>

<b>22. O que mudou na sua vida desde que é cuidador informal de idoso dependente?</b>
<b>23. Sente-se completamente preparado para assumir os cuidados? Fez alguma formação?</b>
<b>24. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação? Onde?</b>
<b>25. Olhando para o futuro enquanto cuidador informal, o que mais o assusta?</b>
<b>26. Se tivesse oportunidade para a institucionalização da pessoa de quem cuida optaria por essa via?</b>
<b>IV: Visão relativamente ao gabinete de Apoio ao cuidador</b>
<b>27. Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?</b>
<b>28. Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador?</b>
<b>29. Gostaria de receber formação?</b>
<b>30. Alguma vez ouviu falar ou leu o manual do cuidador criado em 2014?</b>

<b>31. Gostaria de receber apoio psicológico?</b>
<b>32. Acha que deveria haver um local onde se pudesse dirigir para ter aconselhamento?</b>
<b>33. De que modo a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, como medida de Empreendedorismo Social, pode minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Serpa?</b>
<b><i>V: Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e / ou profissional</i></b>
<b>34. Sente que tem flexibilidade laboral compatível com o ato de cuidar?</b>
<b><i>VI: Perfil do idoso dependente + aplicação do Índice de Katz</i></b>
<b>35. Qual a origem da dependência (envelhecimento/ doença/ acidente/ outra)?</b>
<b>36. O idoso pode ficar só?</b>

## Índice para avaliar a sobrecarga no cuidador (Escala de Zarit)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

*Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.*

Nº	Item	Nunca 0	Quase nunca 1	Às vezes 2	Muitas vezes 3	Quase sempre 4
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele (a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					
				=		

**Fonte:** Sequeira, C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16.

## Índice de Katz

O índice de Katz, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. As maiorias dos instrumentos atuais se basearam na de Katz. O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, onde cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência a três para dependência total.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

	0 (independência)	1 (vigilância ou ajuda mínima)	5 (ajuda parcial)	10 (totalmente dependente de ajuda)
<b>Alimenta-se</b>				
<b>Lava-se</b>				
<b>Veste-se</b>				
<b>Arranja-se</b>				
<b>Utiliza WC</b>				
<b>Controla urina</b>				
<b>Controla fezes</b>				
<b>Levanta-se</b>				
<b>Desloca-se</b>				
<b>Sobe escadas</b>				
<b><i>Soma</i></b>				

Resultado: \_\_\_\_\_

0 pontos – Independente

1 - 20 pontos - dependência ligeira

21 -40 pontos - dependência moderada

41 - 70 pontos - dependência grave

> 70 pontos - totalmente dependente



## Apêndice II: Síntese perfil social do cuidador informal

Cuidador informa /		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10
I Perfil social do cuidador informal	P1: Sexo	F	F	M	M	F	F	F	F	F	F
	P2: Idade	51	85	62	26	56	34	50	42	47	38
	P3: Estado Civil	Casada	Casada	União de facto	Solteiro	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Casada
	P4: Escolaridade	12º ano	4º ano	6º ano	12º ano	12º ano	9º ano	12º ano	12º ano	4º ano	12º ano
	P5: Situação profissional	Desempregada	Reformada	Desempregado	Desempregado	Trabalho por conta própria	Desempregada	Empregada na função pública	Trabalha por conta de outrem	Desempregada	Empregada
	P6: Profissão	Domestica	Taberneira	Eletricista	Empregado de Mesa	Lojista	Domestica	Auxiliar de ação educativa	Auxiliar de Ação educativa	Doméstica	Operadora de supermercado
	P7: Agregado familiar	5	2	3	2	3	5	4	4	5	5

	<b>P8: Alteração de residência</b>	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
	<b>P9: Grau de parentesco com a pessoa idosa</b>	Nora	Esposa	Marido	Neto	Sobrinha	Neta	Filha	Filha	Nora	Neta

### Apêndice III: Síntese do Perfil do cuidador informal

II: Perfil do Cuidador Informal	(cuidador informal)	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
	1	“Todos.”	“Sim, com o meu marido e as minhas filhas.”	“Sim, Psicológicos e físicos.”	“24 horas.”	“Há mais de 3 anos.”	“Sim. Não tenho um único dia em que possa dedicar exclusivamente a mim própria.”	“Não. É algo que faço de coração e claro respeitan do aquela que era a vontade da minha sogra.”	“Sim. Por vezes não sei como lidar com certos acontecimentos.”	“Não.”	“A vontade de ajudar.”	“Assumi o papel de cuidadora pois essa era a vontade da minha sogra, vontade esta expressa enquanto esteve lucida.”
	2	“Alimentação, higiene e	“Sim. Com a minha filha.”	“Não.”	“24 horas, estou sempre de olho	Sou cuidadora à 5 anos	“Um pouco. A idade já não ajuda.”	“Não. Mas o meu marido	“Sim. As forças já não são as mesmas	“Só dos meus filhos e sobrinhos	“É a minha obrigação, ele é meu marido.”	“Como é meu marido enquanto eu

		companhi a.”			não aconteça alguma coisa.”	mas sempre tratei do meu marido .”		às vezes é chato.”	mas aos poucos tudo se faz.”	os quando eram pequenos.”		conseguir serei eu a cuidar dele.”
	3	“Alimenta ção, Ajuda na mobilidade e higiene.”	“Sim, com o meu filho.”	“Não.”	“24 horas.”	“2 anos.”	“Sinto. Não saí de casa tantas vezes como gostaria.”	“Às vezes a minha mulher é impertinente”	“Sim.”	“Não.”	“Porque adoro a minha mulher.”	“Não há mais ninguém.”
	4	“Todos.”	“Sim.”	“Sim. Ao nível da saúde, físicos.”	“Praticam ente todo o dia,”	“2 anos”	“ Sim, deixei de ter liberdade e privacidade.”	“Mais ou menos.”	“Sim.”	“Não”	“O meu avô precisa de ajuda, além disso assim estou a morar com ele.”	“Sou eu que estou mais presente pois vivemos juntos. Tenho mais disponibilidade.”

	5	“ s principais cuidados são ao nível da alimentação, vigilância, higiene e os cuidados com a casa.2	“ Sim, com o meu marido.”	“ Sim, considero que podem haver lesões físicas e até mesmo problemas psicológicos associados.”	“ Por volta de umas 6 horas”	“ Já cuido do meu querido tio à 4 anos.”	“Sim, No entanto, enquanto ele estiver lúcido e conseguir caminhar eu vou dando conta.”	“às vezes mas tudo se resolve.”	“ Sim, por causa do tempo, ano a correr todo o dia de um lado para o outro.”	“Sim, dos meus pais.”	“ O querer ajudar e o parentesco.”	“Apos a minha tia falecer e como sou a pessoa mais próxima do meu tio, tomei a iniciativa de o convidar a vir viver comigo e com o meu marido.”
	6	“Todos.”	“Sim, com a minha mãe. Mas todos aqui em casa nos	“Sim bastantes, principalmente psicológicos, tenho dias complicados.”	“Depende . Mas geralmente estou todo o dia de vigiância.”	“Há um ano.”	“Sim, bastante”.	“Sim.”	“Sim.”	“Não.”	“ Sou cuidadora por imposição, devido Às circunstâncias.”	“Foram as circunstâncias, todos os netos se forma embora, então nós somos os que

			auxiliam os.”									estamos mais próximos.”
	7	“Todos.”	“Não.”	“Sim. Principalmente físicos e psicológicos é bastante desgastante.”	“Por volta de 18 horas.”	“Há 3 anos.”	“Sim.”	“Não mas é cansativo.”	“Sim.”	“Sim, da minha mãe.”	“Sou cuidadora do meu pai pois sou filha única.”	A mesma da resposta anterior.
	8	“Todos.”	“Sim, com o meu marido.”	“Sim. A nível físico é bastante exaustivo.”	“Mais ou menos 16 horas.”	“Já vai para 4 anos.”	“Sim”	“Às vezes.”	“Não”	“Não.”	“A vontade de ajudar.”	“O falecimento da minha mãe.”
	9	“Todos.”	“Sim.”	“Não”	“Todo o dia e toda a noite.”	“Sou cuidadora há um ano.”	“Sim.”	“Sim.”	“Sim, a minha sogra tem excesso de peso.”	“Não.”	Não haver mais ninguém e por estar desempregada.”	“Querer ajudar.”

	10	“Alimenta ção, ajuda a vestir e a ir à casa de banho...”	“ Sim com a minha mãe.”	“ Sim. Psicológic os.”	“Mais ou menos 14 ou 15 horas, depende dos dias, a minha mãe vêm para a minha casa ajudar- me.”	“Já vai para 3 anos.”	“ Sim, mas principalm ente devidos aos meus horários de trabalho. Tenho muitas noites em claro.”	“As vezes, tenho 2 filhos pequeno s, não é fácil.”	“” Às vezes.”	“Não.”	“O querer ajudar. A minha avozinha sempre nos mimou muito. ”	“ Assumi esse papel por ter uma casa que pode proporciona r a 100% o conforto que a minha avó necessita.”
--	----	--	----------------------------------	------------------------------	---	-----------------------------	--	--	---------------	--------	--	---

## Apêndice IV: Síntese da trajetória do cuidador informal

III: Trajetória enquanto cuidador informal	Inquirido (cuidador informal)	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26
	1	“ O facto de não haver mais ninguém.”	“Deixei de ter tempo para mim.”	“Sinto. Nunca fiz formação, vou aprendendo algumas coisas com as técnicas do centro de saúde.”	“Sim. Junto das Técnicas do Centro de Saúde.”	“Dada a situação em que se encontra a minha sogra, 100% dependente já nada me assusta.”	“Não.”
	2	“Não quero ficar sozinha em casa, além disso é a minha obrigação.”	“Só tenho de fazer mais umas tarefas que não fazia como é o caso da higiene ao meu marido.”	“Sim, mas nunca fiz formação menina.”	“Sim, pergunto à minha filha.”	“Ficar sozinha.”	“Não, só mesmo se eu também passar a precisar de cuidados.”
	3	“Aqui temos poucos serviços à nossa disposição.”	“Deixei de sair, só saí quando o meu filho fica com a mãe.”	“Sim, formação não.”	“Não.”	“ Um dia querer socorrer a minha mulher e não conseguir.”	“Não, prefiro que esteja em casa.”
	4	“A disponibilidade.”	“Menos privacidade, maior responsabilidade, difícil gestão do lar.”	“Preparados nunca estamos, mas vamo-nos adaptando às necessidades e responsabilidades.”	“Sim. Parentes.”	“Algo inesperado, a morte”	“Sim.”



	5	“ O querer ajudar”	“ Tenho cada vez menos tempo para mim.”	“Por enquanto sim, mas se o meu tio ficar acamado não sei.”	“ Não, desenrasco-me.”	“ O próprio do envelhecimento assusta-me, pois com ele trás perda de capacidades.”	“ Depende.”
	6	“Foi obrigação.”	“ Deixei de ter tempo e vida própria.”	“ Não. Além disso na zona onde moro não existem ofertas de formação.”	“ Não.”	“A doença.”	“ Sim, mas o meu pai não quer.”
	7	“ Sou cuidadora e é com gosto, pois os meus pais nunca me deixaram faltar nada, agora é a minha vez de retribuir.”	“Deixei de ter descanso e tempo para mim própria. Deixei de viajar.”	“Sim. Enquanto estive desempregada fiz algumas formações nesta área, mas nunca é suficiente.”	“Sim na internet ou então ligo para o centro de saúde.”	“A degradação da doença, o progressivo envelhecimento.”	“Sim, mas só mesmo quando não aguentar mais.”
	8	“Não querer que o meu pai vá para um lar.”	“ Deixei de ter férias, de poder passear e deixei de ter tempo para mim própria.”	“Sim, fiz várias.”	“ Sim, pergunto às técnicas do centro de saúde.”	“O agravamento da situação.”	“ Não”
	9	“ O facto de a minha sogra só ter filhos homens.”	“Estou mais tempo em casa.”	“ Não, não fiz.”	“Desenrasco-me”	“Tendo em conta o estado da minha sogra já nada me assusta.”	“Não, sei que o meu marido não ia concordar.”
	10	“Assumi o papel de cuidador principal pois a minha casa tem mais condições do que a da minha mãe.”	“ Tenho muitas responsabilidades.”	“Nunca fiz formação mas gostava.”	“Sim, junto do Centro de saúde.”	“Assusta-me que mais familiares meus necessitem de ajuda e não haver ninguém que lhes jogue as mãos.”	“Não só mesmo em último caso.”

## Apêndice V: Síntese da visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador

IV: Visão relativamente ao Gabinete de Apoio ao Cuidador	Inquirido (cuidador informal)	P 27	P 28	P 29	P 30	P 31	P 32	P 33
	1	“Sim.”	“Sim.”	“Sim”	“Não”	“Não, por agora acho que não é necessário.”	“Sim.”	“Este gabinete poderia ser uma mais-valia no que diz respeito à formação e até mesmo para proporcionar o descanso do cuidador.”
	2	“Não”	“Sim.”	“Não”	“Não”	“Não, isso são modernices.”	“Sim, mas perto da minha casa.”	“Cuidar do meu marido é o meu dever, por vezes gostava de ter com quem falar, sinto-me só.”
	3	“Não, não tenho tempo”	“Sim.”	“Sim.”	“Não”	“Não”	“Sim.”	“Poderia ajudar muitas pessoas.”
	4	“Sim”	“Sim”	“Sim”	“Não.”	“Talvez.”	“Sim”	“Podia ajudar no sentido de dar dicas, informações e apoio.”
	5	“Sim”	“Sim”	“Sim”	“Não.”	“Não é preciso.”	“Sim.”	“ O Gabinete além de ser mais um posto de emprego na nossa terra, era bastante importante pois cada vez mais os mais velhos estão desprotegidos e sozinhos. Não há também grande oferta de formação em Serpa a este nível.

	<b>6</b>	“Sim”	“Sim”	“Sim”	Não	“Sim.”	“Sim.”	“Era uma boa iniciativa, pelo menos tínhamos com quem contar e nos ajudar a resolver papeladas.”
	<b>7</b>	“Sim”	“Sim”	“Sim”	Não	“Não”	“Sim”	“Olhe poderia ser bom para fazer a ponte com as instituições da zona ou para oferecer mais serviços.”
	<b>8</b>	“Sim, se tiver tempo.”	“Sim era excelente, as com pessoas de confiança.”	“Sim”	“Não.”	“Não.”	“Sim claro.”	“Tudo o que seja novo para a nossa terra é bem-vindo. A população está cada vez mais idosa, é preciso encontrar soluções viáveis.”
	<b>9</b>	“Sim.”	“Sim claro.”	“Sim”	“Eu não.”	“Não preciso disso . “	“Sim”	“Era uma boa coisa, o mal é o dinheiro se se tiver de pagar. Às vezes preciso sair e era bom alguém ficar em casa com a minha sogra.”
	<b>10</b>	“Sim”	“Sim”	“Sim”	Não	“Não”	“Sim.”	“Era uma boa iniciativa desde que tivessem serviços acessíveis a todos.”

## Apêndice VI: Síntese da relação entre o ato de cuidar e a vida diária e / profissional

V: Relação entre o ato de cuidar e a vida diária e / profissional	Inquirido (cuidador informal)	P 34
	1	“Não.”
	2	-----
	3	-----
	4	“Sim, enquanto tiver desempregado.”
	5	“Sim”
	6	“Sim.”
	7	“Sim”
	8	“Às vezes.”
	9	“Às vezes.”
	10	“Nem sempre.”

## Apêndice VII: Síntese do perfil do idoso dependente

	Inquirido (cuidador informal)	P 35	P 36
	1	“Envelhecimento e doença.”	“Não.”
	2	“Envelhecimento e doença.”	“Sim.”
	3	“Envelhecimento e doença.”	“Não convém.”
	4	“ Envelhecimento e doença de Alzheimer.”	“Pode, mas por pouco tempo.”
	5	“ Envelhecimento”	“Sim, por agora sim”
	6	“ Envelhecimento e Doença.”	“ Pouco tempo ou nenhum.”
	7	“Envelhecimento e doença.”	“Não. Precisa de ter vigilância. Por esse motivo enquanto estou a trabalhar o meu pai vai para o centro de dia.”
	8	“Envelhecimento e doença.”	“Não.”
	9	“Envelhecimento e doença.”	“Não.”

	<b>10</b>	“ Envelhecimento e doença.”	“Não. A minha mãe quando não estou de folga passa os dias com a minha avó.”
--	-----------	-----------------------------	---

## Apêndice VIII: Resumo índice de Katz

Inquirido	Idade	Sexo	Alimenta-se	Lavar-se	Vestir/Despir	Arranja-se	Usar WC	Deitar/Levantar	Controle. Urina/fez.		Desloca-se	Sobe escadas
<b>K<sub>1</sub></b>	84	F	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>K<sub>2</sub></b>	87	F	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5
<b>K<sub>3</sub></b>	70	F	1	5	5	5	5	1	1	5	5	10
<b>K<sub>4</sub></b>	76	M	0	10	10	10	1	1	1	5	10	10
<b>K<sub>5</sub></b>	84	M	5	5	5	5	0	0	0	1	1	5
<b>K<sub>6</sub></b>	89	M	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>K<sub>7</sub></b>	77	M	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>K<sub>8</sub></b>	95	M	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>K<sub>9</sub></b>	86	F	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>K<sub>10</sub></b>	93	F	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Inquirido	Total	Significado
<b>K<sub>1</sub></b>	100	Totalmente dependente
<b>K<sub>2</sub></b>	42	Dependência grave
<b>K<sub>3</sub></b>	43	Dependência grave
<b>K<sub>4</sub></b>	58	Dependência grave
<b>K<sub>5</sub></b>	27	Dependência moderada
<b>K<sub>6</sub></b>	100	Totalmente dependente
<b>K<sub>7</sub></b>	100	Totalmente dependente
<b>K<sub>8</sub></b>	95	Totalmente dependente
<b>K<sub>9</sub></b>	100	Totalmente dependente
<b>K<sub>10</sub></b>	100	Totalmente dependente

## Apêndice IX: Resumo escala de Zarit

Inquirido	Total	Significado
<b>Z<sub>1</sub></b>	<b>39</b>	<b>Sobrecarga moderada</b>
<b>Z<sub>2</sub></b>	<b>28</b>	<b>Sobrecarga moderada</b>
<b>Z<sub>3</sub></b>	<b>43</b>	<b>Sobrecarga moderada a severa</b>
<b>Z<sub>4</sub></b>	<b>48</b>	<b>Sobrecarga moderada a severa</b>
<b>Z<sub>5</sub></b>	<b>32</b>	<b>Sobrecarga moderada</b>
<b>Z<sub>6</sub></b>	<b>88</b>	<b>Sobrecarga severa</b>
<b>Z<sub>7</sub></b>	<b>46</b>	<b>Sobrecarga moderada a severa</b>
<b>Z<sub>8</sub></b>	<b>62</b>	<b>Sobrecarga severa</b>
<b>Z<sub>9</sub></b>	<b>51</b>	<b>Sobrecarga moderada a severa</b>
<b>Z<sub>10</sub></b>	<b>32</b>	<b>Sobrecarga moderada</b>